федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

по направлению подготовки (специальности)

**34.03.01 Сестринское дело**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от 22.06.2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно–оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ПК-3.** **Способность оказывать паллиативную медицинскую помощь взрослому населению и детям**

**Инд.ПК3.4. Предоставляет медицинский уход пациентам в терминальной стадии неизлечимых заболеваний**

ЗНАТЬ: психологические проблемы больного в терминальной стадии; права граждан при оказании медико-социальной помощи; этические аспекты сообщения диагноза пациенту и его родным

УМЕТЬ: распознавать психологические проблемы пациента в терминальной стадии неизлечимых заболеваний и выстраивать адекватное взаимодействие с пациентом

ВЛАДЕТЬ: навыками решения психологических, эмоциональных, духовных и социальных проблем как человека, заболевание которого достигло терминальной стадии, так и его семьи.

**Инд.ПК3.1. Организует и проводит выездные консультации медицинской сестры по паллиативной помощи**

ЗНАТЬ: цели, задачи, содержание и психологические аспекты паллиативной помощи

УМЕТЬ: учитывать возрастные особенности пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи населению

ВАДЕТЬ: навыками консультирования по вопросам паллиативной помощи

**Инд.ПК3.2. Проводит контроль и купирование хронического болевого синдрома у пациентов**

ЗНАТЬ: особенности болевой чувствительности; факторы, определяющие восприятие боли; психические факторы при хронической и острой боли; влияние гендерных различий на восприятие боли; эмоционально-поведенческие аспекты восприятия боли

УМЕТЬ: учитывать психологические аспекты переживания боли при контроле и купировании хронического болевого синдрома у пациентов

ВЛАДЕТЬ: навыками психологического воздействия на пациента при контроле и купировании у него хронического болевого синдрома

**Инд.ПК3.3. Оказывает паллиативную медицинскую помощь согласно индивидуальным потребностям пациента.**

ЗНАТЬ: индивидуально-психологические аспекты переживания боли

УМЕТЬ: выявлять индивидуальные потребности пациента при оказании паллиативной медицинской помощи

ВЛАДЕТЬ: методами выявления индивидуальных потребностей пациента при оказании паллиативной помощи

**УК-3: способность осуществлять социальное взаимодействие и реализовывать свою роль в команде.**

**Инд.УК3.1. Профессиональное взаимодействие с персоналом отделения, службами медицинской организации и другими организациями, родственниками/законными представителями в интересах пациента**

ЗНАТЬ: понятия социального взаимодействия, профессионального общения, их этическими аспектами и факторами эффективности; понятие коммуникативной компетентности; роль супервизии в профессиональном общении; причины конфликтов в социальном взаимодействии и позитивные стратегии поведения в конфликте

УМЕТЬ: выстраивать профессиональное взаимодействие в соответствии с этическими нормами и исходя из интересов пациента

ВЛАДЕТЬ: средствами эффективного социального взаимодействия и общения, навыками разрешения конфликтных ситуаций

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине «Медицинская психология»**

**2.1. Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Введение в медицинскую психологию**

**Тема 1. Общие вопросы медицинской психологии.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

контроль выполнения практического задания;

тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Предмет, структура и задачи медицинской психологии. Взаимосвязь медицинской психологии с другими науками.

2. Понятия здоровья, болезни, «внутренней картины здоровья», «внутренней картины болезни».

3. Паллиативное лечение как пример социопсихосоматического подхода к человеку в медицине: виды, цели, принципы, модели паллиативной помощи.

4. Правовые и этические аспекты паллиативной помощи

5. Мировой опыт паллиативной помощи и становление паллиативной помощи в России.

*Контроль выполнения практического задания:*

**Задание 1.** Проранжируйте по степени значимости причиныпредубеждений медицинских работников в отношении психологии. Какие, по вашему мнению, должны быть внесены изменения в профессиональную подготовку студентов – будущих медицинских работников - с целью профилактики подобных установок?

 «Иштван Харди говорит о «психологической скотоме» медицинских работников, которые не принимают во внимание психическую жизнь больного и в своих рассуждениях останавливаются на уровне вегетативной нервной системы. Он приводит некоторые причины предубеждения медицинских работников против психологии:

1. Традиционное преобладание физических, химических, патолого-анатомических знаний, которые они считают решающими.

2. Существенным они считают лишь то, что можно надежно зарегистрировать органами чувств: идеальным образцом, например, является рентгеновский снимок кости.

3. Видимые физические признаки всегда скорее вели людей к тому, чтобы они обратились к врачу.

4. Эти тенденции особенно поощряются в век технического прогресса.

5. Понятие «болезнь» у врача скорее совпадает с представлением органических данных, а не с нарушением функции.

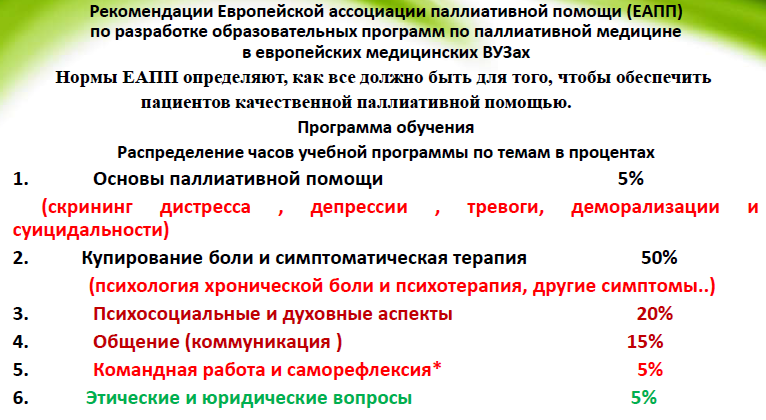
6. В подготовке врачей и медицинских сестер психологическое и психиатрическое образование не находится не должной высоте, что в большей или меньшей степени относится и к дальнейшему повышению квалификации в процессе работы.

7. Могут иметь влияние также и более глубокие черты личности медицинского работника, психическое потрясение, состояние тревоги и невротизации. Невротизированный врач не всегда будет склонен лучше понимать невротизированного больного. Иногда даже, если он компенсирует и справляется со своими затруднениями, он ожидает того же и от больного и иногда выражает это, не скрывая: «У меня то же самое, но я не обращаю на это внимания». Здесь действует механизм психической проекции.» (*Цит. по Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983*)

**Задание 2.**Ознакомьтесь с содержанием информационных сайтов о паллиативной медицине и помощи на русском языке. В таблице представьте краткую аннотацию содержания сайтов

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес сайта и его название | Краткая аннотация содержания сайта |
| Публикации ВОЗ о ВИЧ/СПИДе на русском языке: www.who.int/hiv/pub/ru/index.html |  |
| Сайт Общероссийского Объединения Медицинских работников (раздел паллиативной медицины и реабилитации): http://www.moql.ru |  |
| Информационный сайт о паллиативной помощи и медицине с адресами служб паллиативной помощи в России: http://paMiativ.ru |  |
| Информационный сайт о паллиативной помощи и медицине: http://www.pallcare.ru |  |
| Сайт для людей, переживающих утрату: http://www.memoriam.ru |  |
| Информационный портал для пациентов, их родственников и близких: http://www.help-patient.ru |  |
| Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом: http://www.hivrussia.ru |  |
| Сайт Санкт-Петербургского Института Общественного Здравоохранения, информационный интернетресурс по проблеме, сочетанной эпидемии туберкулеза и ВИЧ: http://www.pubhealth.spb.ru/TB |  |

**Задание 3.**Проанализируйте нормы Европейской Ассоциации Паллиативной Помощи в области обучения специалистов, оказывающих паллиативную помощь и объясните логику распределения часов учебных программы по темам.

****

**Задание 4.** Как в высказывании отражается основная идея и специфика помощи в паллиативной медицине - «Наполняйте жизнью их дни, а не просто продляйте жизнь днями» ?

**Задание 5.** Почему паллиативная медицина не знает слов «больше мы ничего не можем сделать» ?

**Задание 6.** Обоснуйте взаимосвязь паллиативной помощи и качества жизни и почему важно развивать направление паллиативной помощи?  
**Задание 7.** Ознакомьтесь с примерной картой обследования пациента в паллиативной медицине и обоснуйте важность информации о пациенте по каждому пункту.

**Карта обследования пациента в паллиативной медицине**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И.О. пациента: | Регистрационный номер пациента | Дата первого обследования |
| Пол | Возраст | Место жительства |
| Направлен | | |
| ****Выездной бригадой ****Поликлиникой ****Мед. Центром ****Больничным отделением ****Другое | | |
| Диагноз | | |
| Краткая история болезни | | |
| Что знает пациент о своей болезни?   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ВИЧ-статус: | ВИЧ + | ВИЧ - | Тест не сделан | Не обсуждался (отметить нужное) | | | |
| Принимаемые препараты  ****АРВП ****Химиотерапия ****Противотуберкулезные препараты ****Другое | | |
| Детали (включая дату начала приема): | | |
| Известна ли реакция на препараты? | | |
| Члены семьи | | |
| Социальные проблемы | | |
| Эмоциональные проблемы | | |
| Духовные проблемы | | |

**Задание 8.** Составьте глоссарий: медицинская психология, патопсихология, **психогигиена, психопрофилактика,** психотерапия, нейропсихология, психосоматика, психофармакология , экстремальная психология (кризисная), здоровье психическое, здоровье физическое, болезнь, внутренняя картина здоровья, внутренняя картина болезни, ***нозоцентрический***подход к больному, ***антропоцентрический*** подход к больному, волонтер, деонтология, долговременный уход, качество жизни пациента, концепция паллиативной медицинской помощи, междисциплинарная команда, междисциплинарный подход, неизлечимый больной, паллиативная медицина, паллиативная медицинская помощь, пациент, побочное действие лечения, поддерживающая терапия, помощь в конце жизни, помощь по обеспечению комфорта, психическая зависимость, психосоциальная поддержка, духовная поддержка, реабилитация, танатология, терминальная помощь, толерантность, угрожающее жизни заболевание, физическая зависимость, хоспис, хосписная помощь, хроническая боль, эвтаназия, этика.

*Тестирование.*

*Выберите правильный и наиболее полный ответ*

**1. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗДЕЛОМ:**

1. это самостоятельный раздел, не относящийся ни к общей, ни к прикладной психологии

2. общей психологии

3. специальной (прикладной) психологии

4. психиатрии

5.нейропсихологии

**2. ПРЕДМЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:**

1. изучение психологических факторов лечебного процесса

2. физиологические основы психической деятельности

3. разработка методов психологической помощи пациентам

4.взаимодействие врач-пациент

5.внутренняя картина здоровья и болезни

**3. К РАЗДЕЛАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:**

1. социальная психология

2. патопсихология

3. нейропсихология

4. психосоматика

5.экстремальная психология (кризисная)

**4. НАПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ И ПСИХОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ (ТЕЛЕСНЫХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

1. психосоматика

2. психотерапия

3. нейропсихология

4. экстремальная психология

5. патопсихология

**5.ПРАКТИЧЕСКАЯ ОТРАСЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩАЯ РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И СОСТОЯНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЯ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ОСНОВЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ С ХАРАКТЕРОМ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОТЕКАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, СОСТОЯНИЙ И СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В НОРМЕ:**

1. патопсихология

2. психотерапия

3. нейропсихология

4. экстремальная психология

5. психосоматика

**6. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ - ЭТО:**

1. внутренний мир больного, все, что испытывает и переживает больной, его представления и ощущения о болезни и ее причинах

2. психологические механизмы формирования симптомов болезни

3.совокупность патоморфологических изменений, характерных для данного заболевания

4.отношение личности к болезни

5.внутренние болезненные ощущения человека

**7. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОМПОНЕНТЫ:**

1. сенсорный, аффективный, когнитивный

2. аффективный, когнитивный, социальный

3. сенсорный, аффективный, когнитивный, социальный

4. аффективный, когнитивный

5. сенсорный, аффективный, когнитивный

**9. ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПРЯМОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В СВОЕЙ СОВОКУПНОСТИ:**

1.биологические, психические, социальные, экологические

2. физические, социальные, экологические

3.физические, психические, социальные

4. психологические, биологические, экологические

5. психологические, биологические

**10. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ:**

1. сенсологический, оценочный, отношение к болезни

2. отношение к болезни, оценочный, декомпенсации

3.предварительный, осознание болезни, эмоциональные реакции

4. диагностический, коррекционный. профилактический

5. отношение к болезни, оценочный, сенсологический

**11. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕЯСНЫХ НЕПРИЯТНЫХ ОЩУЩЕНИЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ С НЕОПРЕДЕЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ СВОЙСТВЕННО ДЛЯ:**

1. сенсологического этапа

2. диагностического этапа

3. этапа отношения к болезни

4. оценочного этапа

5. этапа декомпенсации

**12.ЭТАП ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ, НА КОТОРОМ СКЛАДЫВАЕТСЯ «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ»:**

1. оценочный

2. диагностический

3. отношение к болезни

4. сенсологический

5. декомпенсации

**13. К ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:**

1. ограничения в социальном функционировании пациента

2. ощущения больного, восприятие и переживание симптомов, то есть защитных действий собственного организма

3. эмоции, связанные с болезнью: страх, боль, тревога, депрессия, эйфория, органические ощущения

4. схема тела и ее нарушение

5. понимание происхождения и причин болезни, прогноз ее дальнейшего развития и надежды на выздоровление

**14.ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА – ЭТО:**

1. подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, находящихся перед лицом жизнеугрожающего заболевания.

2. психологическая поддержка людям с неизлечимыми заболеваниями

3. специально организованное лечение людей с неизлечимыми заболеваниями

4. усиленное медикаментозное лечение, с целью облегчения страдания людям с неизлечимыми заболеваниями

5. социальная помощь людям с неизлечимыми заболеваниями на дому

**15.ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НЕДОСТАТОЧНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:**

1. недостаток навыков общения и знаний, касающихся методов оказания помощи

2. отсутствие учреждений здравоохранения

3. отсутствие службы помощи на дому

4. отсутствие узкоспециализированного персонала

5. необходимость больших материальных затрат

**16. КТО МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ:**

1. медсестры, врачи, социальные работники, психологи, духовные наставники, волонтеры, фармацевты

2. специалисты, имеющие узкую специализацию в области паллиативной помощи

3. медсестры, врачи, фармацевты

4. социальные работники, психологи, духовные наставники

5. психологи, духовные наставники, волонтеры

**17. ЗАДАЧИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ – ЭТО:**

**1.**предупреждение и облегчение страданий благодаря раннему выявлению, точной оценке и лечению боли и других проблем физического, психического, психосоциального и духовного характера.

**2.** раннее выявление и лечение боли

3. решение психологических и психосоциальных проблем пациента и его родных

4. профилактика психологических проблем пациента

5. духовная поддержка людей с неизлечимыми заболеваниями

**18. К ФИЗИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ, РЕШАЕМЫМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ОТНОСЯТСЯ:**

**1.**жалобына недомогание: боль, кашель, усталость, жар

**2.** тревоги, страхи,печаль, гнев

**3.** потребностисемьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями

**4.** вопросы о смысле жизнии смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии)

**5.** проблемы, связанные с стигматизацией

**19. К ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ, РЕШАЕМЫМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ОТНОСЯТСЯ:**

**1.** тревоги, страхи,печаль, гнев

**2.**потребностисемьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями

**3.** жалобына недомогание: боль, кашель, усталость, жар

**4.** вопросы о смысле жизнии смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии)

**5.** проблемы, связанные с стигматизацией

**20. К СОЦИАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ, РЕШАЕМЫМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ОТНОСЯТСЯ:**

**1.** потребностисемьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями

**2.** вопросы о смысле жизнии смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии)

**3.** тревоги, страхи,печаль, гнев

**4.** жалобына недомогание: боль, кашель, усталость, жар

**5.** проблемы, связанные с стигматизацией

**21. К ДУХОВНЫМ ПРОБЛЕМАМ, РЕШАЕМЫМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ОТНОСЯТСЯ:**

**1.** вопросы о смысле жизнии смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии)

**2.** проблемы, связанные с стигматизацией

**3.** тревоги, страхи,печаль, гнев

**4.** потребностисемьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями

**5.** жалобына недомогание: боль, кашель, усталость, жар

**22.ЦЕЛОСТНЫЙ ПОДХОД В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ – ЭТО:**

**1.** внимание к различным группам проблем: физических, духовных, психологических, социальных

2. взаимодействие специалистов – врачей, психологов, социальных работников

3. сочетание лечения и психологической поддержки

4. необходимость прохождения целостного и непрерывного курса лечения

5. единство профилактики и лечения

**23. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ – ЭТО:**

**1.** облегчение страданий и повышение качества жизни с момента обнаружения неизлечимой болезни

**2.** симптоматическое лечение

**3.** продление жизни пациенту

**4.** облегчение страданий пациента

**5.** помощь пациенту при умирании

**24. СПЕЦИФИКА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:**

1.может продолжаться в виде поддержки семьи, друзей и детей в период переживания тяжелой утраты

2. оказывается только при жизни тяжело больного человека

3. включает профилактику неизлечимых заболеваний

4. осуществляется независимо от других видов лечения

5. оказывается только при умирании пациента

**25. РАЗНЫЕ МОДЕЛИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЮТ:**

1. паллиативную помощь, оказываемую на дому, амбулаторную и стационарную службы паллиативной помощи, больничную команду поддержки

2. дневной стационар для оказания паллиативной помощи, больничную команду поддержки

3. амбулаторную службу паллиативной помощи, дневной стационар для оказания паллиативной помощи

4. паллиативную помощь, оказываемую на дому, больничную команду поддержки.

5. паллиативную помощь, оказываемую на дому, больничную команду поддержки,

амбулаторную службу паллиативной помощи

**26. ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАЧЕЛЕНИЮ УСТАНОВЛЕНЫ**:

1. Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Приказом Минздрава России от 21декабря 2012 г. № 1343н (+)

3. Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. N 915н

4. Приказом Минздрава России от 6 августа 2013 г. N 529н

5. Приказом Минздрава России 20 декабря 2012 г. N 1183н

**27.ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:**

1. государственной, муниципальной и частной

2. муниципальной и частной

3. государственной и муниципальной

4. государственной и частной

5. государственной, муниципальной и ведомственной

**28. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК:**

1. вид медицинской помощи

2. условие оказания медицинской помощи

3. форма оказания медицинской помощи

4. комплекс медицинских вмешательств

5. направление медико-социальной деятельности.

**29. ПРОИСХОЖДЕНИЕ СЛОВА «ПАЛЛИАТИВНАЯ» С ЛАТИНСКОГО (PALLIO) ОЗНАЧАЕТ:**

1. прикрываю, защищаю

2. облегчаю

3. поддерживаю

4. защищаю, поддерживаю

5. ухаживаю

**30. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ В СИТУАЦИЯХ:**

1. когда болезнь пациента не поддается лечению

2. затянувшейся тяжелой болезни

3. хронического заболевания

4. отказа от госпитализации

5. когда семья пациента не участвует в его лечении

**31. ПЕРВЫЙ ХОСПИС В РОССИИ БЫЛ ОТКРЫТ:**

1. в 1990 г. В Санкт-Петербурге

2. в 1994 г. Москве

3. в 1992 г. в Кемерово

4. в 1994 г. в Ульяновске

5. в 1993 г.в Архангельске

**32. БАЗОВЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОТКРЫТИИ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ХОСПИСА ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. Приказ № 19 МЗ РФ от 1.12.1991 **г «Об организации домов сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»**

2. Федеральный закон (ФЗ) от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

3. Положение об оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией (утверждено Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17 сентября 2007 г. N 610 "О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией")

4. приказ Минздрава России от 14.04.2015 No 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»

5. приказ Минздрава России от 14.04.2015 No 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям»

**33. СТРУКТУРА ХОСПИСОВ В РОССИИ В ОСНОВНОМ ВКЛЮЧАЕТ:**

1. выездную службу; дневной стационар; стационарное отделение; административное подразделение; учебно-методическое, социально-психологическое, волонтёрское и хозяйственное подразделения

2. стационарное отделение; социально-психологическое, волонтёрское и хозяйственное подразделения

3. выездную службу; дневной стационар; стационарное отделение

4. выездную службу; дневной стационар; социально-психологическое, волонтёрское подразделения

5. стационарное отделение; административное подразделение; учебно-методическое, социально-психологическое, волонтёрское и хозяйственное подразделения

**34. ОСНОВОЙ ХОСПИСА ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. выездная служба

2. стационарное отделение

3. дневной стационар

4. волонтёрское подразделение

5. социально-психологическое подразделение

**35. ОСНОВНАЯ РАБОЧАЯ ЕДИНИЦА ХОСПИСА:**

1. медицинская сестра, обученная оказанию паллиативной помощи

2. волонтер, обученный оказанию паллиативной помощи

3. психолог, обученный оказанию паллиативной помощи

4. социальный работник, обученный оказанию паллиативной помощи

5. врач, обученный оказанию паллиативной помощи

**36. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХОСПИСА:**

1. бороться за жизнь пациента, используя все ресурсы- клинические, психологические, социальные

2. услуги хосписа – бесплатны

3. хоспис – школа для родственников и близких пациента и их поддержка

4. контроль за симптомами позволяет качественно улучшить жизнь пациента

5.хоспис является альтернативой эвтаназии

**Тема 2. Психологические аспекты профессиональной деятельности медицинской сестры**

**«Начни с необходимого,**

**затем делай возможное,**

**и окажется, что ты делаешь невозможное».**

Св. Франциск Ассизский

**Мы не можем излечить неизлечимое,**

**но можем держать под контролем многие симптомы,**

**вызывающие страдания.**

**Мы не можем избавить от горя утраты,**

**но можем быть с теми, кто горюет, и разделять их скорбь.**

**У нас нет готовых ответов на все,**

**но мы можем выслушать все вопросы.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

контроль выполнения практического задания;

тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Понятия здоровья и болезни, их внутренней картины. Ятрогении.

2.Влияние заболеваний на психику человека и его поведение. Типы отношения к болезни.

3. Психологические проблемы больного в терминальной стадии неизлечимых заболеваний и методы их диагностики. Проблемы депрессии и тревоги в паллиативной медицине

4. Особенности взаимодействия с пациентом в терминальной стадии неизлечимых заболеваний.

5. Работа с болью: психологический и клинический аспекты. Методы психологической поддержки пациента в терминальной стадии неизлечимых заболеваний.

6. Работа с семьей больных, находящихся в терминальной стадии неизлечимых заболеваний.

*Контроль выполнения практического задания:*

**Задание 1.** Раскройте, каким образом на оценку пациентом болезни и формирование психологического отношения к ней влияют следующие параметры: 1) вероятность летального исхода; 2) вероятность инвалидизации и хронификации; 3) болевая характеристика болезни; 4) необходимость радикального или паллиативного лечения; 5) влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения; 6) социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме; 7) влияние болезни на семейную и сексуальную сферу; 8) влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

**Систематизируйте информацию в таблицу**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование параметра | Как влияет параметр на оценку болезни пациентом | Как влияет параметр на оценку болезни пациента его ближайшим окружением (семьи) |
| вероятность летального исхода |  |  |
| вероятность инвалидизации и хронификации |  |  |
| болевая характеристика болезни |  |  |
| необходимость радикального или паллиативного лечения |  |  |
| влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения |  |  |
| социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме |  |  |
| влияние болезни на семейную и сексуальную сферу |  |  |
| влияние болезни на сферу развлечений и интересов. |  |  |

**Задание 2. О**пределите у пациентов тип отношения к болезни (по А.Е.Личко, Н.Я.Иванову) и спланируйте тактику профессионального взаимодействия с ними. Информацию представьте в таблице.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Особенности отношения к болезни у пациента | Тип отношения к болезни | тактика профессионального взаимодействия медицинского персонала с пациентом |
| **Больная Б., 51 год – плановая госпитализация в связи с обострением шизоаффективного расстройства маниакального типа.**  Пациентка уверена, что заболела, потому что ее «сглазили», и вообще люди «хотят специально навредить» ей. Считает также, что болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей. Вопросы медицинского персонала чаще всего воспринимает настороженно – «А зачем вы меня об этом спрашиваете?» «Вы правильно мне подобрали таблетки?» «После этой процедуры мое состояние ухудшилось, это вы специально сделали, чтобы меня в больнице подольше подержать. Я буду на вас жаловаться». Жалуется на плохое самочувствие, плохой сон и трудности засыпания. Временами демонстрирует мрачную раздражительность по отношению к соседям по палате, конфликтует по незначительным поводам. |  |  |
| **Больной С., 45 лет**  **Проходит лечение в стационаре по поводу язвы желудка.**  Отмечает у себя плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски, во время которых доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение к окружающим. Демонстрирует нетерпеливость, ожидая медицинский персонал, становится раздражительным, если ему, в силу объективных причин, уделяют меньше внимания, чем другим пациентам. Жалуется на плохой сон.  Периодические вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни близких людей – «довели меня до больницы». Испытывает зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких.  Утверждает периодически, что его болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей, считает, что ему назначают много ненужных лекарств и процедур, Требует особого внимания к себе, если не получает его в желаемом им объеме, раздражается.  Высказывает претензии, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности  У пациента постоянный угрюмый и недовольный вид. |  |  |
| **Больной Б., 47 лет**  **Периодически проходит стационарное лечение по поводу диагноза хроническая почечная недостаточность**  Преобладает плохое настроение, по мнению пациента – из-за болезни. Долго не может уснуть из-за этого, снятся тоскливые сны. Жалуется на плохой аппетит.  Постоянное желание показать другим пациентам уникальность своей болезни, обижается, если они не хотят с ним общаться.  Считает, что врачи недооценивают тяжесть его болезни, утверждает, что «моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания». В связи с этим интересуется квалификацией медицинского персонала, хочет, чтобы его лечил «известный врач». Другие пациенты, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное.  Иногда отмечает необычное действие лекарств и процедур на свое состояние – «так удивительно лекарства ни на кого не влияют, только на меня», и хочет, чтобы медицинский персонал разделял его мнение.  Жалуется, что на работе коллеги «совершенно не считаются с моей болезнью».  Эмоциональная нестабильность и непредсказуемость поведения |  |  |

**Задание 3.** Прочитайте описание случаев из жизни и ответьте на вопрос - Каковы индивидуальные потребности пациентов, находящихся в терминальной стадии неизлечимых заболеваний?

**А)** «Однажды я спросила мужчину, который знал, что умирает, чего он более всего ждет от тех, кто заботится о нем. Он ответил: «Видеть, что человек старается понять меня». Конечно, полностью понять другого человека невозможно, но я никогда не забуду, что он и не просил об этом, а лишь том, чтобы кто-то проявил желание попытаться понять» (по *С.Сондерс*)

**Б) из воспоминаний митрополита Антония Сурожского:**

«Моя мать три года умирала от рака. Ее оперировали – и неуспешно. Доктор сообщил мне это и добавил: «Но, конечно, вы ничего не скажете своей матери». Я ответил: «Конечно, скажу». И сказал. Помню, я пришел к ней и сказал, что доктор звонил и сообщил, что операция не удалась. Мы помолчали, а потом моя мать сказала: «Значит, я умру». И я ответил: «Да». И затем мы остались вместе в полном молчании, общаясь без слов. Мне кажется, мы ничего не «обдумывали». Мы стояли перед лицом чего-то, что вошло в жизнь и все в ней перевернуло. Это не был призрак, это не было зло, ужас. Это было нечто окончательное, что нам предстояло встретить, еще не зная, чем оно окажется. Мы оставались вместе и молчали так долго, как того требовали наши чувства. А затем жизнь пошла дальше. Но в результате случились две вещи. Одна – то, что ни в какой момент моя мать или я сам не были замурованы в ложь, не должны были играть, не остались без помощи. Никогда мне не требовалось входить в комнату матери с улыбкой, в которой была бы ложь, или с неправдивыми словами. Ни к какой момент нам не пришлось притворяться, будто жизнь побеждает, будто смерть, болезнь отступает, будто положение лучше, чем оно есть на самом деле, когда оба мы знаем, что это неправда. Ни в какой момент мы не были лишены взаимной поддержки. Были моменты, когда моя мать чувствовала, что нуждается в помощи; тогда она звала, я приходил, и мы разговаривали о ее смерти, о моем одиночестве. Она глубоко любила жизнь. За несколько дней до смерти она сказала, что готова была бы страдать еще 150 лет, лишь бы жить. Она дорожила нашими отношениями. Она тосковала о нашей разлуке. Порой, в другие моменты мне была невыносима боль разлуки, тогда я приходил, и мы разговаривали об этом, и мать поддерживала меня и утешала о своей смерти. Наши отношения были глубоки и истинны, в них не было лжи, поэтому они могли вместить всю правду до глубины. Потому что смерть стояла рядом, потому что смерть могла прийти в любой миг, и тогда поздно будет что-либо исправить, - все должно было в любой миг выражать как можно совершеннее и полнее благоговение и любовь, которыми были полны наши отношения. Только смерть может наполнить величием и смыслом все, что кажется как будто мелким и незначительным. Как ты подашь чашку чая на подносе, каким движением поправишь подушки за спиной больного, как звучит твой голос, - все это может стать выражением глубины отношений. Если же прозвучала ложная нота, если трещина появилась, если что-то не ладно, это должно быть исправлено немедленно, потому что есть несомненная уверенность, что позднее может оказаться слишком поздно. И это опять-таки ставит нас перед лицом правды жизни с такой остротой и ясностью, каких не может дать ничто другое».

**Задание 4.** Ознакомьтесь с методами оценки боли (двигательные пробы, графические методы, беседа, наблюдение). Каким образом вы выберите способ оценки боли, наиболее удобный для пациента? Какие психологические аспекты переживания боли они помогают выявить? Как учет этой информации помогает при контроле и купировании хронического болевого синдрома у пациентов и выстраивании адекватного взаимодействия с ними?

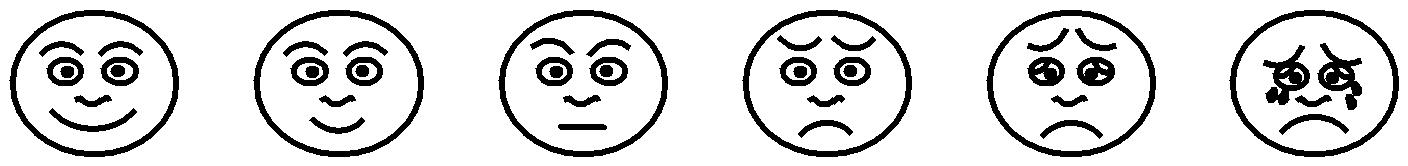
1. **Двигательные пробы (показ на пальцах)**

Попросите пациента показать, насколько сильна боль, на пальцах руки.

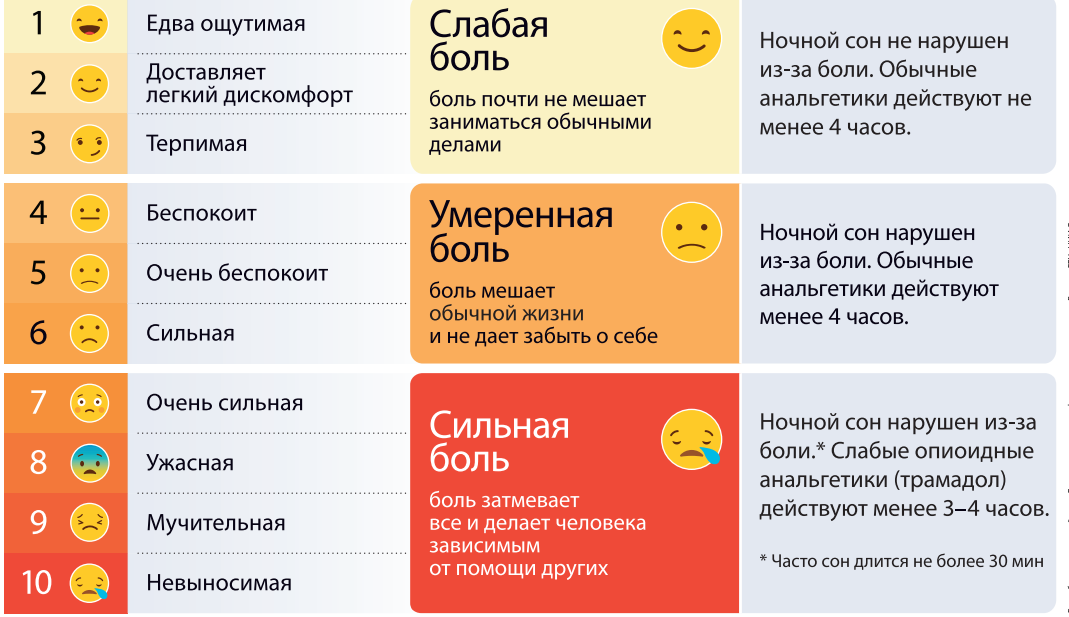
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **0**  **нет боли** | **1**  **немножко** | **2**  **чуть сильнее** | **3**  **еще сильнее** | **4**  **сильная боль** | **5**  **очень сильная боль** |

**2.Графические методы оценки боли**

Попросите пациента указать на картинку, которая показывает, насколько сильна боль.



**Еще один вариант набора картинок для определения боли с интерпретацией.**

****

**Применение графической шкалы в оценке боли**

Попросите пациента оценить силу боли в баллах по шкале от 0 до 10.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 |  | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | нет боли | |  |  |  |  |  |  | умеренная боль | | | |  |  |  |  | сильнейшая боль | | | |

**3.Беседа как метод оценки боли**

**Семь вопросов, которые нужно задать пациентам:**

* **Где болит?** (могут быть множественные боли)
* **Когда началась?**
* **Какая боль?** (например, колющая, схваткообразная, жгучая и т.д.)
* **Время** – Боль постоянная или приходит и уходит?
* **Лечение** – Пробовали какое-то лечение? Помогло ли оно?
* **Изменение** – Что усиливает или ослабляет боль (например: движение, прием пищи, время дня ит.д.)?
* **Причина** – Что Вы (пациент) думаете о причинах боли?

**4.Наблюдение как метод оценки боли у детей.**

**Наблюдаемые признаки боли:**

* Отказ от движения.
* Отказ от еды.
* Плохая концентрация.
* Раздражительность или беспокойство.
* Нарушенный сон.
* Учащенное дыхание или учащенный пульс
* Плач и страдальческое выражение лица (можно спутать с признаками тревоги).

|  |
| --- |
| **Важно!**  **Немедикаментозные меры по облегчению боли у детей**   **Сделайте так, чтобы дети чувствовали себя в безопасности** – не оставляйте их наедине с их болью.   **Держите детей в знакомом окружении** – если только возможно, ухаживайте за детьми в домашних условиях или убеждайте близких родственников находиться с ними в больнице и приносить любимые игрушки или домаш­нюю еду.   **Покажите им, что вы их цените** – слушайте их и показывайте, что считаете их потребно­сти важными.   **Используйте прикосновение** – обнимайте, берите на руки, делайте массаж.   **Кормление** – никогда не заставляйте есть, но часто может быть полезна легкая закуска.   **Тепло или холод** – например, приложить влажную ткань.   **Играйте с детьми** – отвлекающая игра мо­жет быть хорошим лекарством для детей.   **Используйте музыку и рассказы.** |

**Задание 5.** Симпсон (1979) считал, что  *«Правда – это одно из самых действенных и доступных лекарств, однако нам еще надлежит совершенствовать понимание того, когда и какую дозу правды уместно давать каждому пациенту».*

**Какова, на ваш взгляд, основная причина, по которой в паллиативной медицине стоит говорить правду пациенту и его родным? Обоснуйте свою точку зрения.**

* Чтобы поддержать доверительные отношения. Ложь разрушает доверие.
* Чтобы снизить неопределенность. Обычно люди лучше переносят правду, чем неопределенность, даже если эта правда причиняет боль.
* Чтобы уберечь от нереалистических ожиданий. Иной раз люди тратят много времени и денег, переходя из одной больницы в другую в поисках лечения, потому что никому не достало мужества сказать им, что лекарства от их болезни не существует.
* Чтобы дать возможность наладить нарушенные взаимоотношения или подумать о духовных ценностях.
* Чтобы пациенты и их родные смогли подготовиться к будущему. Речь может идти о составлении завещания, поездке в отчий дом, планировании похорон или о множестве других дел, которые важно завершить при жизни пациента, и которые не будут завершены, если ему не скажут правды.

**Задание 6.** Для проведения консультаций медицинских сестер, волонтеров по паллиативной помощи важно различать содержание клинической и психологической помощи, а также понимать и дифференцировать их задачи. Распределите предлагаемые темы для подготовки в таблице условно (потому что в любой теме можно всегда найти как психологические, так и клинические аспекты) на психологические и клинические, а также сформулируйте образовательные задачи, решаемые в процессе этой подготовки. Если вы считаете какое-либо направление равноценным в клиническом и психологическом аспектах, вносите ее в обе колонки, но задачи могут быть в этом случае разные.

**Предлагаемые темы**:

- концепция оказания помощи на дому в местном сообществе (регионе),

- основные сведения о заболеваниях,

- оценка состояния пациента и его семьи, чтобы составить перечень их потребностей,

- эмоциональная и духовная поддержка,

- уход за пациентом и профилактика инфекций,

- уход за ранами

- уход за полостью рта

- основные методы контроля симптомов,

- наблюдение за действием лекарственных препаратов (например: обезболивающих, АРВ и противотуберкулезных средств),

- потребности детей,

- уход за умирающим пациентом,

- уход за кожей и профилактика пролежней

- поддержка людей, переживающих тяжелую утрату,

- забота о себе

- умывание пациента

- ведение записей, документации

- оценка боли и меры по ее облегчению

- кормление пациента

- уход за пациентами с недержанием мочи, задержкой мочи и запором

- диарея и рвота

- умение поднять, подвинуть и повернуть пациента

**Например:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Психологические темы** | **Основные образовательные задачи** | **Клинические темы** | **Основные образовательные задачи** |
| Паллиативная помощь и целостный подход | сформировать понимание о паллиативной помощи как о целостном процессе, в единстве психологического, клинического, социального и духовного аспектов | Паллиативная помощь и целостный подход | сформировать понимание о паллиативной помощи как о целостном процессе, в единстве психологического, клинического, социального и духовного аспектов, а также о содержании и задачах клинической помощи в этом процессе |
| Навыки общения | формирование знаний о содержании и методах эффективного общения с пациентом, основанного на понимании его потребностей;  формирование умений эффективного общения | Питание | формирование знаний об особенностях рациона пациента и специфике режима питания |
|  |  |  |  |

**Задание 7. Беседа с пациентом на трудные темы.**

**«Пусть каждый человек торопится слушать,**

**но медлит с ответом».**

**Апостол Иаков**

**По данным одного исследования,**

**врачи перебивают своих пациентов**

**в среднем через 18 секунд**

**Смоделируйте беседу с пациентом на трудные темы: сформулируйте возможные вопросы пациента и ваши ответы. Информацию оформите в таблице.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Трудные вопросы пациента** | **Возможные ответы специалиста** |
|  |  |
|  |  |

**Теоретический материал для выполнения задания 5.**

**Слушание. Навыки слушания.**

* Сядьте так, чтобы быть на одном уровне с пациентом. Будьте внимательны и поддерживайте зрительный контакт
* Используйте приемы активного слушания («Понимаю», «Да», «Вам, должно быть, очень тяжело переносить все это»), допускайте паузы (часто люди делают паузу перед тем, как рассказать о чем-то важном или причиняющим им боль. Прервав паузу, вы можете так и не узнать, что у них на душе)
* Проверяйте, все ли правильно вы поняли («Вы имеете ввиду…», «Правильно ли я понимаю, что…», «То есть больше всего вас беспокоит…».. Когда речь идет о физических симптомах, бывает нужно задать много вопросов, чтобы получить ясную картину проблемы, например: «Как давно у вас этот кашель? Кашель усиливается, ослабляется или никак не меняется?»

**Беседа. Навыки общения.**

* Всегда относитесь к пациенту вежливо и с уважением. Это позволяет пациенту почувствовать, что вы его действительно цените .
* Говорите на простом, понятном языке. Избегайте медицинской терминологии, которую пациент может не понять
* Проверьте, как вас поняли.
* Давайте информацию, а не просто советы – тогда пациенту легче самому принять решение, что делать.
* Давайте только точную информацию. Вполне допустимо сказать «Я не знаю».
* Полезно проверить, как понял вас пациент. Если вы дали ему инструкции, попросите пациента рассказать, что он будет делать и как он будет все объяснять своей семье. Выясните, хочет ли пациент задать вам еще какие-то вопросы

**Сообщение плохих новостей**

* Не утаивайте информацию от того, кто хочет ее получить.
* Не навязывайте информацию человеку, который еще не готов ее принять.
* Не обманывайте.

|  |  |
| --- | --- |
| **Подготовьтесь к беседе** | Убедитесь в том, что вы ознакомились со всей доступной информацией о пациенте. Убедитесь, что у вас достаточно времени – не начинайте сообщение плохих новостей, если у вас есть всего лишь несколько минут. Постарайтесь сделать так, чтобы вас не отрывали от разговора с пациентом. Если у вас есть телефон, отключите его |
| **Родственники** | Обычно лучше всего сообщать неприятные новости в присутствии близкого члена семьи, который мог бы оказать поддержку и разделить полученную информацию с пациентом – в состоянии тревоги и расстройства большинство людей запоминают лишь малую часть сказанного. Прежде всего, важно проверить, кому следует присутствовать при разговоре – это будет зависеть от культурной традиции и условий. Вы можете сказать, например: «Нам нужно обсудить серьезную тему. Хотите ли вы, чтобы ваша мама осталась?» или «С кем вы хотите быть во время нашего разговора?». |
| **Ожидания** | Что ожидает слышать пациент? Выясните, что ему уже известно: «Что вам говорили о вашей болезни? Что, по-вашему, с вами происходит?». Эти вопросы важны, даже если ответ нам кажется очевидным или мы знаем, что кто-то уже сказал что-то пациенту. То, что было сказано, и то, что услышано, не всегда совпадает. Ответ пациента скажет нам о том, каков его уровень понимания и какие слова он использует для рассказа о своей болезни |
| **Оцените уместный объем информации** | Постарайтесь выяснить, сколько пациент хочет знать. «Вы думали о том, что с вами происходит? Может быть, вы хотите, услышать, что я думаю о вашем состоянии?». Не следует навязывать информацию человеку, который не готов воспринять ее, равно как и утаивать информацию от пациента. Необязательно сообщать все за один раз – возможно, пациент будет готов услышать больше при следующей встрече |
| **Сообщение информации** | Сообщать информацию нужно медленно и осторожно, стараясь избегать слов, которые пациент может не понять. Как правило, полезно дать понять пациенту, что вы собираетесь сказать ему нечто важное. Можно предупредить его об этом, сказав: «Нам нужно сесть и поговорить. Дело довольно серьезное». Во время разговора дайте пациенту время осознать сказанное вами, и в конце проверьте, понял ли вас пациент. Часто люди хотят знать, как долго они проживут. Они могут спросить прямо: «Сколько мне осталось?» или косвенно «Когда я смогу вернуться к работе?». Как правило, неразумно давать точный ответ. Каждый случай индивидуален, и, случается, люди преподносят нам сюрпризы. И все же полезно дать человеку приблизительное представление о его состоянии, чтобы помочь ему строить реалистические планы. Обычно, если состояние пациента ухудшается с каждым месяцем, ему, вероятно, осталось жить несколько месяцев; при еженедельном ухудшении состояния, речь может идти о неделях, а при каждодневном ухудшении – о нескольких днях |
| **Никогда не говорите: «Больше мы ничего сделать не можем»** | Важно сказать пациенту как о негативных, так и позитивных аспектах: «Мы не можем вылечить вашу болезнь, но у нас есть лекарства, которые снимут боль». «Мы всегда рядом, чтобы помочь, если возникнут новые проблемы». |
| **Эмпатия** | Нам бывает трудно позволить пациентам выразить их чувства: нам хочется унять их скорбь, нас пугает их гнев и отчаяние. Мы не можем избавить пациентов от их переживаний, но можем проявить эмпатию, то есть постараться понять, что они чувствуют, как бы поставив себя на их место. Мы можем выразить свою эмпатию простыми словами, например: «Вам, должно быть, очень тяжело это слышать» или «Я могу понять ваш гнев». Это нормальная реакция, проявление чуткости. Ваши слова не осушат слез пациента. Посидите с ним рядом – пациент перестанет плакать, когда будет готов к этому |

**Задание 8**. Прочитайте тематику вопросов, важных для оказания духовной (консультативной) поддержки пациенту. Обоснуйте значимость каждого из этих вопросов. Ответы оформите в таблице.

**«Смерти не надо бояться.**

**Ее нужно признать и принять»**

**Будда**

|  |  |
| --- | --- |
| **Тематика вопросов, важных для оказания духовной (консультативной) поддержки** | **Психологическое значение полученной информации для оказания паллиативной помощи** |
| **Надежда** – в чем пациент черпает надежду, чтопомогает ему обрести покой и смысл? |  |
| **Официальное вероисповедание** – Важно лидля пациента официальное вероисповедание и культура? |  |
| **Личные вопросы** – Какими вопросами задаетсяпациент, в чем сомневается, с чем борется? |  |
| **Влияние на наши действия** – Какое влияниебудет это иметь на то, как мы будем оказывать помощь этому пациенту? |  |

|  |
| --- |
| **Важно!**   * Вполне вероятно, что вы не сможете ответить на все вопросы, но ваше активное внимание и поддержка помогут пациентам. * Соблюдайте конфиденциальность в отношении информации, доверенной вам пациентом и членами его семьи. |

**Задание 9.** Объясните, как вы понимаете высказывание «Страдание – это не проблема, требую-щая решения, и не вопрос, требующий ответа; это – тайна, требующая присутствия» (Джон Уайатт, 1998)

**Задание 10.** Обоснуйте необходимость включения в карту записей визитов на дом к пациенту графы «Психосоциальные проблемы». Какие психологические проблемы могут проявиться у пациента в процессе оказания помощи? Как их преодолевать?

**Карта записи визитов на дом**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регист.номер пациента | Дата | Ф.И.О.пациента | Место нахождения | Ф.И.О.  посетившего | Основные проблемы | Оказанная помощь  АБВГБ  Е Ж З И К | Психосоциальные проблемы |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Оказанная помощь**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| А | купание | Ж | стирка |
| Б | переворачивание | З | проверка лекарств |
| В | обработка пролежней | И | пассивные и активные упражнения |
| Г | кормление | К | доставка лекарств (каких именно) |
| Д | уход за полостью рта |  |  |
| Е | туалет |  |  |

**Возможные психологические проблемы пациента во время ухода и способы их преодоления.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид помощи** | **Возможные психологические проблемы пациента во время ухода** | **Способы их преодоления** |
| **купание** |  |  |
| **обработка пролежней** |  |  |
| **туалет** |  |  |
| **кормление** |  |  |

**Задание 11.** **Боль и ее оценка**. Тщательная оценка боли имеет важнейшее значение для выявления причин боли, которые поддаются лечению, определения типа боли и вида возможной помощи. Специалист может контролировать боль и симптомы пациента.

**Основные принципы работы с болью** заключаются в следующем: лечить то, что поддается лечению, важность ухода за пациентом, назначение паллиативных лекарственных препаратов. У каждого пациента свои потребности, которые нужно определить и обсудить со всеми, кто ухаживает за пациентом. Один из эффективных методов – использование Карты записей, которая определяет его потребности и может быть дополнена любым человеком, оказывающим помощь пациенту (см. рис. **Примерная карта обследования пациента.)**

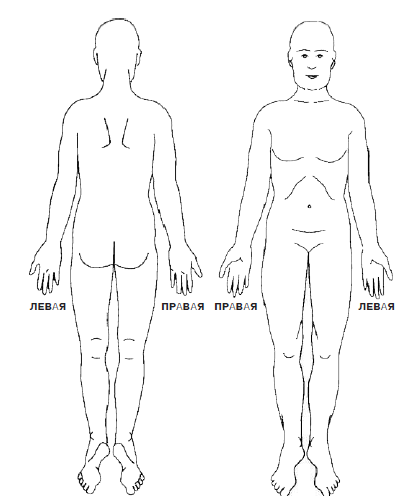
.**Вопросы:**

1.Медицинские работники в работе с болью исходят из понимания того, что часто качественное исполнение простых вещей и внимание к деталям могут принести огромную пользу пациенту; что в работе с болью качественный уход за пациентом чрезвычайно важен для облегчения некоторых симптомов без применения лекарственных средств.. Дайте ***психологическое*** обоснование этим представлениям.

2. В карту обследования пациента в паллиативной медицине включены, наряду с прочими, графы: Члены семьи, Социальные проблемы, Эмоциональные проблемы, Духовные проблемы, Что знает пациент о своей болезни? Обоснуйте значимость этих сведений в паллиативной медицине для лечения пациента и ухода за ним.

**Примерная карта обследования пациента в паллиативной медицине.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О.пациента | Пол | **Возраст** | Место жительства |
| Регистрационный номер пациента | Дата первого обследования | Диагноз | Что знает пациент о своей болезни? |
| Направлен   Выездной бригадой  Поликлиникой  Мед. центром  Больничным отделением  Другое | | | |
| ВИЧ-статус: ВИЧ + ВИЧ - Тест не сделан Не обсуждался (отметить нужное) | | | |
| Принимаемые препараты  АРВП  Химиотерапия  Противотуберкулезные  Другое  препараты  Детали (включая дату начала приема) | | | |
| Краткая история болезни | | | |
| Члены семьи | Духовные проблемы | Социальные проблемы | Эмоциональные проблемы |
| **Обследование** | | | |
| Общее состояние | Вес (кг) | **Карта тела:** Отметьте и опишите локализацию боли, участки отека, сыпь, раны и т.д. |  |



**Перечень проблем**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Проблемы физические/психо­социальные** | **План действий** | **Решение проблемы. Дата** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Задание 12.** Какое психологическое значение при оценке боли у детей имеют следующие рекомендации:

|  |  |
| --- | --- |
| **Рекомендации по оценке боли у детей** | **Психологическое значение рекомендации** |
| Слушайте ребенка. |  |
| Слушайте тех, кто ухаживает за ним |  |
| Наблюдайте за ребенком, чтобы видеть все своими глазами |  |

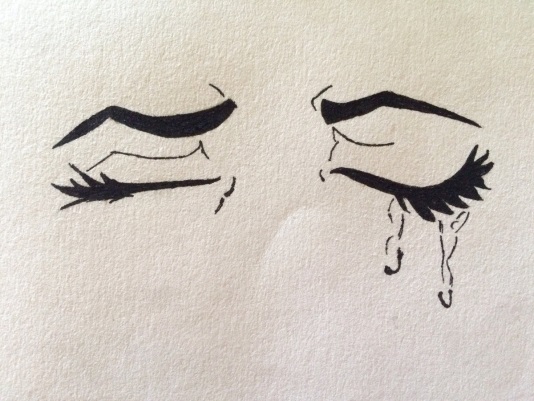
**Задание 13.** Вам представлены рисунки пациентов с болью. Как вы считаете, чем полезны арт-техники в работе с болью? Составьте примерные список вопросов для консультативной беседы по любому из предложенных рисунков с целью выявления индивидуальных потребностей пациента при оказании паллиативной медицинской помощи.

 **** 

**Задание 14.** **Существуют немедикаментозные способы работы с затрудненным дыханием, тревогой, депрессией – дыхательные техники, беседа и др. Представьте в таблице их психологическое обоснование и содержание консультирования по вопросам паллиативной помощи.**

|  |
| --- |
| **Важно!**  Затрудненное дыхание (одышка) может быть пугающим симптомом на конечной стадии заболевания и почти всегда вызывает тревогу как у пациентов, так и их родственников. Нужно справ­ляться и с одышкой, и с тревогой.  Учите пациентов правильно и медленно дышать и контролировать дыхание: Найдите такое положение, чтобы оно было удобно для пациента (обычно сидячее поло­жение) Откройте окна, чтобы обеспечить циркуляцию воздуха, при возможности включите венти­лятор или обмахивайте пациента книгой или газетой. Научите пациента двигаться медленно и акку­ратно, чтобы избежать усиления одышки. Если пациент очень встревожен или находит­ся в панике: объясните, что одышка уменьшится, если дышать медленно. Покажите, как можно замедлить дыхание, если на выдо­хе вытянуть губы в трубочку, как если бы он/она хотели засвистеть. Научите пациента диафрагмальному дыханию: одну руку нужно положить на грудь, а другую – на верхнюю часть живота, чтобы он ощущал движение вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. При диафрагмальном дыхании движение руки на животе должно быть более заметным, чем при грудном дыхании. Снимите тревогу. **Тревога и бессонница: м**учительные симптомы, присущие тяжелой болезни, и страх перед будущим часто порождают тревогу. Бессонница может быть как результатом физических проблем, таких как боль, так и следствием тревоги или депрессии. **Депрессия.** Пациенты с запущенным неизлечимым заболеванием почти всегда испытывают тоску и подавленность. Подавленность может перейти в депрессивное состояние, при котором могут помочь антидепрессанты. В паллиативной медицине трудно диагностировать депрессию как болезнь. При дифференциальной диагностике депрессии у пациента с неизлечимым заболеванием полезно обратить внимание на следующие симптомы. Подавленное настроение большую часть дня ежедневно, Потеря всякого интереса или всякой способности получать удовольствие, Избыточное или беспричинное чувство вины, Мысли о самоубийстве |

**Пример:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Немедикаментозные способы работы с затрудненным дыханием, тревогой, депрессией** | **Психологическое обоснование** | **Консультирование по вопросам паллиативной помощи** |
| Поощряйте пациентов к разговору о том, что их беспокоит. | разговор поможет пациенту выразить эмоции, снизить психоэмоциональное и физическое напряжение | пациенту объясняют важность выражения чувств, специалист показывает свое желание выслушать, понять пациента, стимулирует его к высказываниям, внимательно слушает, проявляет минимум вербальной активности |
| Есть ли у них вопросы о болезни или страхи, которыми им хотелось бы поделиться? |  |  |
| Есть ли сложности в семейных отношениях? |  |  |
| Есть ли беспокойство по поводу пропитания или финансовых вопросов? |  |  |
| Есть ли тревоги, связанные с религиозными или духовными представлениями? |  |  |
| Если тревога и депрессия овладевают пациентом Поощряйте его к тому, чтобы он отмечал каждый маленький шаг на пути к тому, чтобы справиться с какими-то из своих проблем, и планировал какие-то дела, которые могут доставить ему удовольствие |  |  |
| Соблюдайте конфиденциальность в отношении информации, доверенной вам пациентом и членами его семьи |  |  |
| Обращайте внимание на непонимание пациентами каких-то аспектов болезни |  |  |
| Учите пациентов правильно и медленно дышать и контролировать дыхание |  |  |
| Уместно ли пригласить священнослужителя? |  |  |
| Будет ли полезно, если вы или другой член команды снова посетите пациента? |  |  |

**Задание 15.** Объясните высказывание - «В жизни вы делаете все возможное, чтобы сберечь свое достоинство; в смерти иногда ваше достоинство должны оберегать другие» (Боно)

**Задание 16.** соотнесите особенности сестринского вмешательства на различных стадиях горя пациента (стадия гнева, стадия «торга», стадия отрицания смерти и изоляции, стадия депрессии, стадия смирения (принятие)

.

**Сестринское вмешательство на различных стадиях горя пациента.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Сестринское вмешательство (поддержка, консультирование, уход и пр.)** | **Стадии горя** |
| Признание права пациента испытывать гнев, что вызывает ощущение поддержки и взаимопонимания (дать больному «выплеснуться»). Работа с пациентом должна быть построена так, чтобы он перевёл гнев в позитивное русло (постановка целей, принятие решений, борьба с болезнью). Это поможет больному повысить чувство собственного достоинства, держать эмоции под контролем и ощущать поддержку со стороны медицинского персонала. |  |
| Пациента вовлекают в привычный для него жизненный уклад (сокращает время, проводимое в размышлениях). Уделяют пациенту достаточное количество времени и общаются с ним (уменьшает чувство изоляции и способствует взаимопониманию). Стараются держать под контролем чувство боли (комфортное состояние увеличивает желание пациента взаимодействовать с другими и уменьшает тенденцию к уединению). Пациента настраивают на обсуждение вопросов вины и потери, что поможет уменьшить чувство вины и возможные мысли о наказании за прошлые действия. Предоставляют пациенту необходимое личное пространство (при туалете, купании). Это поддерживает чувство собственного достоинства. |  |
| Поддерживают контакт, даже если пациент не хочет общаться (уменьшение чувства изоляции). Продолжают контроль над болевыми ощущениями (поддерживает состояние покоя и умиротворения на финальной стадии). Оказывают духовную поддержку. Это помогает пациенту переосмыслить прожитую жизнь, если необходимо – покаяться. |  |
| Выяснение своих чувств по отношению к смерти, так как личное неприятие и страх могут быть перенесены на умирающего. Просят пациента описать на бумаге свои чувства, опасения, страхи. Это способствует психологической переработке этих эмоций. Важно сидеть у кровати больного (уменьшается его чувство заброшенности); внимательно слушать и сопереживать больному (уменьшает чувство изоляции, способствует построению взаимоотношений); держать руку, касаться плеча (физическое прикосновение некоторым больным приносит чувство комфорта и демонстрирует заботу о них). Информирование больного. Поощрение вопросов (правильная информация может уменьшить беспокойство и прояснить ситуацию). Однако если у пациента отмечается выраженная реакция отрицания и он не желает знать о смерти, говорить об этом нельзя. |  |
| Обеспечение поддержки (возможность обратиться к кому-либо и быть понятым помогают пациенту справиться со своими чувствами). Не следует призывать пациента стойко переносить несчастье, держаться и быть сильным |  |

*Тестирование*:

*Выберите правильный и наиболее полный ответ*

**1.ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. некупируемая боль или другие симптомы, социальные показания

2. желание пациента

3. просьбы родственников о госпитализации пациента

4. решение врача о госпитализации

5. депрессивное состояние пациента

**2.ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:**

1. теоретические семинары, супервизия, наставничество

2. теоретические семинары

3. теоретические семинары, супервизия

4. супервизия

5. супервизия, наставничество

**3.ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ДЕПРЕССИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. тревожность

2. низкая самооценка

3. раздражительность

4. неуверенность

5. гнев

**4.ПОЧЕМУ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ТРУДНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ДЕПРЕССИЮ КАК БОЛЕЗНЬ:**

1. симптомы депрессии (потеря аппетита и веса, общая слабость, отсутствие сексуального влечения, бессонница) могут быть вызваны собственно неизлечимой болезнью

2. отсутствие адекватных методик психологической диагностики

3. симптомы депрессии могут быть признаками других эмоциональных состояний

4. недостаточный профессионализм специалистов

5. большое разнообразие симптомов депрессии, которые трудно обобщить

**5.ЕЖЕДНЕВНО ПОДАВЛЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ДНЯ, ПОТЕРЯ ИНТЕРЕСА И СПОСОБНОСТИ ПОЛУЧАТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ, ИЗБЫТОЧНОЕ ИЛИ БЕСПРИЧИННОЕ ЧУВСТВО ВИНЫ, МЫСЛИ О САМОУБИЙСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ:**

1. депрессии

2. тревожности

3. неуверенности

4. низкой самооценки

5. отчаяния

**6.ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ СОСТАВЛЯЮЩИМИ «БОЛЕВОГО» ПОВЕДЕНИЯ:**

1. раздражительность, агрессия

2. снижение функционирования в результате вынужденного ограничения двигательной активности, сексуальной активности, профессиональной деятельности

3.потребность в «соматических» манипуляциях (вмешательствах): применение медикаментов (анальгетики, адъюванты), лечебные блокады, облегчающая терапия

4.болевые эквиваленты: лексика, выражение лица

5. болевые эквиваленты: гримасы, альгические позы, изменение походки

**7.ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО БОЛЬНЫЕ ХОДЯТ ОТ ОДНОГО ВРАЧА К ДРУГОМУ, В НАДЕЖДЕ, ЧТО ИМ ПОСТАВЯТ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ДИАГНОЗ, ПРИ ЭТОМ СТРЕМЯТСЯ ИЗОЛИРОВАТЬ СЕБЯ ОТ РОДСТВЕННИКОВ И ДРУЗЕЙ:**

1. стадия отрицания смерти и изоляции

2. стадия смирения (принятие)

3. стадия гнева

4.стадия депрессии

5. стадия «торга»

**8.ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ПАЦИЕНТ СПОСОБЕН «СОРВАТЬ ЗЛО» НА КОМ УГОДНО, В СВОЕЙ БЕДЕ ОБВИНЯЕТ БЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ, ВРАЧЕЙ, САМОГО СЕБЯ :**

1. стадия гнева

2. стадия «торга»

3. стадия отрицания смерти и изоляции

4. стадия депрессии

5. стадия смирения (принятие)

**9.ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ПАЦИЕНТ ИСПЫТЫВАЕТ ЧУВСТВО ВИНЫ, ОН ЖЕЛАЕТ ПРОДЛИТЬ ЖИЗНЬ ЧЕРЕЗ «ДОГОВОР» С БОГОМ, СОБОЙ, СУДЬБОЙ:**

1. стадия «торга»

2. стадия депрессии

3. стадия отрицания смерти и изоляции

4. стадия смирения (принятие)

5. стадия гнева

**10.ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ПАЦИЕНТ ГРУСТИТ, ОПЛАКИВАЕТ СВОЮ БУДУЩУЮ СМЕРТЬ:**

1. стадия депрессии

2. стадия «торга»

3. стадия отрицания смерти и изоляции

4. стадия гнева

5. стадия смирения (принятие)

**11.ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА БЛИЗКО К ОТСУТСТВИЮ ВООБЩЕ КАКИХ-ЛИБО ПЕРЕЖИВАНИЙ:**

1. стадия смирения (принятие)

2. стадия «торга»

3. стадия отрицания смерти и изоляции

4. стадия гнева

5. стадия депрессии

**12.УРОВНИ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛИ:**

1. уровень физиологических чувств, эмоционально-мотивационный уровень, когнитивный уровень

2. физиологический уровень, психологический уровень

3. низкий, средний, высокий

4. слабый, умеренный, сильный

5. дискомфорт, страдание, потеря ощущений

**13. ТАКИЕ КОМПОНЕНТЫ, КАК ДИСКОМФОРТНЫЙ, АЛГИЧЕСКИЙ (ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛИ), ДЕФИЦИТАРНЫЙ (ПЕРЕЖИВАНИЕ СОБСТВЕННОЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ) ВКЛЮЧЕНЫ В ЭТАП ПЕРЕЖИВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ:**

1. сенсологический

2. диагностический

3. оценочный

4. этап отношения к болезни

5. коррекционный

**14. ТАКИЕ КОМПОНЕНТЫ, КАК ВИТАЛЬНЫЙ, ОБЩЕСТВЕННО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ, ЭТИЧЕСКИЙ, ЭСТЕТИЧЕСКИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В ЭТАП ПЕРЕЖИВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ:**

1. оценочный

2. профилактический

3. сенсологический

4. отношения к болезни

5. диагностический

**15. ДЛЯ ЭРГОПАТИЧЕСКОГО ТИПА РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ ХРАКТЕРНО:**

1. уход в работу

2. пренебрежение к болезни

3.легкое, эйфорическое отношение к болезни и ее последствиям

4.непрерывное беспокойство и мнительность

5.стремление содействовать врачу

**16. ТИП РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ – ЭТО:**

1.совокупность эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь

2.поведение человека, вызванное болезнью.

3.реакция напряжения, вызванная действием раздражителя, угрожающего здоровью

4.внутренняя картина болезни

5.осознание своей болезни

**17. АДЕКВАТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ, СТРЕМЛЕНИЕ СОДЕЙСТВОВАТЬ ВРАЧУ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

1.гармоничного типа

2.эргопатического типа

3.эгоцентрического типа

4.анозогнозического типа

5. тревожного типа

**18. НЕПРЕРЫВНОЕ БЕСПОКОЙСТВО И МНИТЕЛЬНОСТЬ, ПОИСК НОВЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРАКТЕРНЫ ДЛЯ:**

1.тревожного типа

2.ипохондрического типа

3.неврастенического типа

4.параноидального типа

5. эргопатического типа

**19. ПСИХИЧЕСКОЕ ЯВЛЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПОД ДЕЙСТВИЕМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ, НАЗЫВАЕТСЯ:**

1.госпитализм

2.психическая депривация

3.ятрогения

4.психогения

5.аутизм

**20. ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИ БОЛЬНЫМ ДИАГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ:**

1.нозогнозия

2.нозология

3.анозогнозия

4.соматогения

5.ятрогения

**21. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - ЭТО:**

1.заболевания, вызванные психогенными факторами

2.осложнение заболевания в результате неосторожных слов медработника

3.являются результатом негативного действия больничной среды

4.психические нарушения, развившиеся вследствие соматических заболеваний

5. заболевания, вызванные наследственными факторами

**22. ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

1.биологические, психологические, социальные

2.внушение, конфликты, особенности нервной системы

3.социальные факторы, самовнушение, завышенные требования к личности

4.конфликты, самовнушение, социальные факторы

5. самовнушение, завышенные требования к личности

**23. ПРИЧИНЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

1.психологические конфликты, внушение, рефлекторная патогенная реакция

2.слабый тип нервной системы, характер профессиональной деятельности

3.внушение, характер, социальные факторы.

4.некомпетентность медицинского персонала и психотравмирующая ситуация

5. рефлекторная патогенная реакция

**24. СОМАТОГЕНИИ – ЭТО:**

1.психические нарушения, вызываемые соматическими заболеваниями

2.осложнения течения заболевания

3.заболевания, вызываемые действиями медработников

4.проявления госпитализма

5. психологические конфликты

**25. ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ В СОСТОЯНИИ ТРЕВОЖНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

1.давать больше информации о состоянии здоровья

2.давать меньше информации о состоянии здоровья

3.игнорировать проявление тревожности у пациента

4.активизировать пациента на борьбу с болезнью

5. успокоить пациента

**Тема 3. Возрастно-психологические аспекты медицинской помощи.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

контроль выполнения практического задания;

тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Проблема учета возрастных особенностей пациентов при оказании психологической помощи.

2. Возрастные особенности отношения детей и подростков к смерти и умиранию.

3. Психологические аспекты паллиативной помощи детям (трудные разговоры; принципы сообщения плохих новостей; принципы профессиональной поддержки; фразы-табу и фразы поддержки; психологическая помощь подросткам; работа психолога с сиблингами)

4. Психологические аспекты взаимодействия специалиста с семьей пациентов, находящихся в терминальной стадии неизлечимых заболеваний

5. Значение методов творческого самовыражения (музыкотерапии, арттерапии, куклотерапии и пр.) в психологической поддержке пациента в терминальной стадии неизлечимых заболеваний (беседа, анализ продуктов деятельности).

*Контроль выполнения практического задания:*

**Задание 1**. Почитайте теоретический материал к заданию 1 о возрастных особенностях представлений детей о смерти и умирании. Систематизируйте в таблицу эту информацию:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Возрастной период** | **Особенности представлений детей о смерти и умирании** | **Психологические возрастные особенности ребенка, определяющие представления о смерти и умирании** | **Учет возрастных особенностях представлений детей о смерти и умирании в деятельности специалиста в паллиативной медицине** |
|  |  |  |  |

***Теоретический материал к заданию 1***

**Формирование понятия смерти в детском возрасте и реакция детей на процесс умирания.**

Человечество всегда было озабочено тем, как жить перед лицом приближающейся смерти. Однако только в последние десятилетия обратили внимание на переживания детей и подростков в связи с их более частым соприкосновением с конечностью существования живых существ. Можно назвать несколько причин такого интереса. В первую очередь,это связано с возросшей ценностью жизни ребенка, что обусловлено значительным падением рождаемости в развитых странах. С другой стороны, отмечается большая эффективность лечения еще недавно неизлечимых болезней и длительное наблюдение в больницах обреченных детей. Получили распространение специализированные клиники (хосписы), где лечат болезни и состояния детей, почти несовместимые с жизнью. За последние десятилетия резко возросло число попыток к самоубийству среди подростков и детей. Анализ суицидального поведения потребовал изучения понимания детьми смерти и их отношения к прекращению жизни. Расширение информации, в том числе и о гибели людей во время катастроф, природных бедствий и войн,поставило перед подрастающим поколением задачу понять и выработать свое отношение к этому. В связи с обязательным обучением и ускорением развития дети во все более раннем возрасте начинают понимать хрупкость своего здоровья и возможность смертельного исхода. Этому способствует и то, что дети становятся ранимее, их эмоциональность менее устойчива из-за возрастающих трудностей семейной жизни, потери родителей, их разводов и особенно в связи с их болезнями и смертями.

Очень большое значение приобретает факт не только непосредственного, но и отдаленного воздействия на психику при утрате родителей в детском возрасте.

С другой стороны, нет еще адекватного понимания реакций детей до 4-летнего возраста на смерть близких. Изучить эти реакции на основе бесед или рисунков практически невозможно, оценить же правильно поведенческие особенности не удается. В то же время без знания того, как дети понимают уход из жизни, как воспринимают и относятся к своей смерти или умиранию близких, нельзя оказать помощь неизлечимым больным детям и тем, кто переживает потерю родителей.

Сочувствие и понимание страданий ребенка или подростка медицинским персоналом, проявлявшиеся в прошлые годы, должны быть дополнены осуществлением потребностей умирающего, умением ответить на все его возникающие в этот трудный момент вопросы, преодолеть иногда возникающее негативное отношение к окружающим, смягчить его переживания. От психического состояния родителей, их отношения к болезни, факту приближения рокового исхода, их поведения зависит то, как ребенок или подросток проведет свои последние месяцы или годы жизни. В связи с этим необходимо выработать такой психотерапевтический подход, который помог бы родителям справиться с семейной трагедией.

Следует также подготовить специальный персонал, способный создать наиболее благоприятную атмосферу вокруг умирающего ребенка в хосписе, больнице или дома. Для решения этой трудной проблемы возможно привлечь тех, кто осуществляет уход, проводит социальную работу, воспитание, обеспечивает этическую, юридическую, экономическую, психологическую и религиозную поддержку всем, кто вовлечен в трагедию умирания ребенка.

**Понятие о смерти в детском и подростковом возрасте.**

**В течение первых двух лет** жизни постепенно развиваются примитивные представления, в том числе и о том, что предметы существуют вне его. Так как эта превербальная стадия познавательного развития не позволяет формулировать понятия, то и смерть как идея не может возникнуть у младенца. Во время этого периода жизни потребности удовлетворяются родителями, и у ребенка появляется способность доверять близким, у него формируется чувство безопасности. Отсутствие родителя или воспитателя приводит к тревоге, страху или депрессии. Из-за отделения от матерей, например, при госпитализации у детей с серьезными или неизлечимыми заболеваниями могут развиться эти симптомы. На большее ребенок этого возраста не способен.

**В дошкольном возрасте (2-7 лет)** мышление, т.е. познавательный стиль, дооперациональный — он характеризуется эгоцентризмом, анимизмом. Речь у дошкольников монологичная, а мышление магическое; любые события ими рассматриваются как результат осуществления их желаний или суждений. Анимизм проявляется в одушевлении предметов и явлений реального мира. Понятие о смерти может возникнуть между 1,5 и 2 годами, когда появляются элементы символической функции мышления. Предполагается, что происхождение тревоги из-за предчувствия смерти связано с переживанием отрыва от матери во время рождения [Rank О., 1924].

Реакция 1,5-годовалого ребенка на смерть различна в зависимости от того, умирает ли родитель медленно (что переживается как постепенное уменьшение заботы и внимания) или внезапно, при этом резко нарушая удовлетворение потребностей ребенка. Тревога разлучения проявляется расстройствами пищевого поведения и сна, а также отказом принять нового воспитателя. Предполагается, что истинный страх за свою жизнь или из-за невыполнения насущных потребностей определяет его соматические реакции [Miller M.S. et al., 1970]. Ребенок до 5 лет воспринимает смерть как отрыв от матери, а это отделение от любимого существа оказывается для него ужасающим событием [MililerJ.B., 1971].

По мнению же S. Anthony (1971), для большинства детей смерть не представляется пугающим явлением. Примерно половина детей в своем лексиконе нередко использует такие слова, как «смерть», «похороны», «убийство» или «покойник», чаще они употребляют их, говоря о печальных событиях или испуганных людях. В противоположность этому ребенок, потерявший своего родителя, не упоминает смерть ни в какой форме. Среди дошкольников одни никак не реагируют на слово «смерть», другие не знают его значения, у третьих есть очень ограниченные представления («быть больным», «попасть в больницу»). Сталкиваясь со смертью близких или животных, дети этого возраста либо игнорируют ее, либо обнаруживают необычные реакции. Они избегают контакта, например, с убитыми существами или радуются совершенному убийству маленьких животных, насекомых, наблюдают за последствиями своего нападения на них.

Понятие смерти как окончательного прекращения жизни и одновременно универсального и неизбежного явления не может быть сформулировано ребенком, пока у него преобладает дооперациональный тип мышления [Hostler S.L., 1978]. Для детей до 5—6 лет факт смерти не означает финального события [Alexander I.E., Adelstein A.M., 1965; Hinton J., 1967; Easson W.M., 1968]. Они не признают необратимости смерти, говорят о смерти как об отъезде, сне, временном явлении [Nagy М. Н., 1948]. Это подтверждается и на примере детей 5,5—6,5 лет [Gartley W., Bernasconi M., 1967]. Однако в более поздних исследованиях показано, что только 1/5 часть 5—6-летних детей считают, что у их мертвых домашних животных смерть обратима, и примерно 1/3 детей того же возраста предполагает наличие сознания у животных после смерти [Mclntire M.S. et al., 1972].

Причину смерти дети до 8 лет видят в болезни, отравлении чем-то несъедобным. В ответе на вопрос о причине отражаются эгоцентризм, магическое мышление и фантастические суждения. Некоторые 6— 7-летние дети предполагают, что оживление умерших возможно, например, в специальных отделениях больницы. Таким образом, они обнаруживают свои представления об обратимости смерти [Koocher G.Р., 1974].

Дошкольнику, который не может охватить сознанием окружающий его мир или объяснить его при отсутствии своего непосредственного опыта, будет, безусловно, трудно создать концепцию смерти. Для него быть мертвым — это континуум уменьшения жизни, или ослабления функций, который может быть прерван подобно сну. Его магическое мышление представляет смесь фантазий и фактов. Соответственно такие события, как смерть родителя, домашнего животного или сверстника, интерпретируются дошкольником как результат его желаний или утверждений, что нередко приводит к сильному чувству вины [Hostler S.L., 1978].

Таким образом, можно сказать, что у дошкольников существует очень большое разнообразие мыслей о том, что означает «жизнь» и соответственно, ее прекращение, т. е., что такое следующая за ней смерть. Смерть — не только разлучение с воспитывающими и защищающими родителями, но и полная покинутость ими. Именно эта заброшенность очень пугает ребенка.

Разнообразие реакций дошкольника, соприкоснувшегося со смертью, зависит от его прежних переживаний, религиозности и культуры семьи, привязанности ребенка к умершему и его уровня развития. Его отношение к смерти в семье в связи с этим будет отличаться от реакции близких ему взрослых.

Ребенок трех лет в случае семейного траура по любимой бабушке может поразить родственников тем, что, покинув опечаленных взрослых, будет радостно играть в свои игры. Глубина переживаний оплакивающего смерть маленького ребенка не ясна. Однако известно, что внимание у него сосредоточивается ненадолго, отсутствует представление о времени «навсегда», понятие жизни, как и понятие смерти еще плохо очерчены [Bowlby J., 1961]. Возникшая у дошкольника печаль очевидна, однако он не может сохранять такие болезненные переживания в течение длительного периода времени. Его грусть интенсивна, но коротка, хотя и нередко возвращается вновь. Ребенок для понимания случившегося требует доступных простых и повторных объяснений. Доказательства того, что ребенок действительно опечален, обнаруживаются в его играх [Grollman E.А., 1967].

**Младшие школьники в возрасте между 6 и 10 годами** отличаются развитием конкретного мышления. Дети к 7 годам начинают видеть мир с внешней точки зрения, их язык становится более коммуникативным и менее эгоцентричным. Магическое мышление частично еще сохраняется, но дети уже могут использовать свои способности, чтобы исследовать реальность. М.Н. Nagy (1948) нашла, что 2/3 детей 5—9 лет либо персонифицируют смерть как определенное лицо, либо идентифицируют ее с покойником. Они думают, что смерть невидима, но она стремится остаться незамеченной, чтобы спрятаться ночью в таких местах, как кладбище. М.Н. Hagy иллюстрирует эти выводы примером, из которого видно, что даже ребенок 9 лет отождествляет смерть со скелетом и приписывает ей такую силу, которая способна даже «переворачивать корабли». Е. Kubler-Ross (1969) подтверждает эти наблюдения, считая, что школьниками смерть понимается как привидения и покойники, которые крадут детей.

Было сделано предположение, что различие находок у разных авторов может быть объяснено культурными особенностями, религиозным воспитанием или различными стилями детской психологической защиты. Дети нередко считают, что смерть — наказание за плохие дела. В этом суждении сказывается еще не преодоленный эгоцентризм и магическое мышление. Например, ребенок 6,5 лет думал, что смерть приходит ночью, унося, хватая и забирая плохих детей [Nagy М.Н., 1948]. Описаны 6-летние католические дети, говорившие, что люди умирают, потому что они плохие [Mclntire M.S. et al., 1972]. Младшие школьники демонстрируют свое магическое мышление, например, в суждениях такого типа, как «бабушка умерла из-за того, что я был сердит на нее». Однако такие утверждения появляются тем реже, чем старшe ребенок.

Перед детьми ставился вопрос: «Может ли смерть случиться с ними?» Дети 5,5—7,5 считают смерть маловероятной, и она не осознается ими как возможная для них самих. В возрасте 7,5—8,5 лет дети признают, что смерть возможна в любой момент [Gartley W., Bernasconi N., 1967]. Большой диапазон ответов дается на вопрос: «Когда ты умрешь?» В 6-летнем возрасте мог называться срок 7 лет, а в 9-летнем — даже 300. На вопрос «Что случается, когда умирают?» детьми даются разные ответы. Одни считают, что покойник уносит детей на небо, другие думают, что «куда-то далеко». Верующие дети, получившие представления о существовании рая и ада к 7 годам, говорят о чистилище как о чем-то реальном, что определенно отражает их религиозное воспитание [Gartley W., Bernasconi M., 1967].

Примерно половина детей 7—12 лет, опрошенных М.S. Mclntire с соавт. (1972), считали, что их мертвые домашние животные знают, что о них скучают. Это было интерпретировано как вера детей в сознание после смерти. Однако в 10-12-летнем возрасте 93% верующих детей верят в существование души без наличия сознания и после смерти [Mclntire M.S. et al., 1972]/.

Когда задавался вопрос «Что случится, когда ты умрешь?», дети от 6 до 15 лет отвечали: «закопают» (52%), «попаду на небо», «буду жить и после смерти», «подвергнусь божьей каре» (21%), «организуют похороны» (19%), «засну» (7%), «будут помнить другие» (5%), «перевоплощусь» (4%), «кремируют» (3%). В качестве примеров приводятся ответы детей. Из них явствует, что ребенок 9,5 лет высказывает уверенность в своем оживлении после смерти; 12-летний констатирует, что у него будут прекрасные похороны и его зароют в землю, а его деньги перейдут сыну; 14-летний не сомневается в том, что он истлеет и войдет в составные части земли. В этих иллюстрациях получают отражение религиозные, воспитательные и семейные влияния.

Мнения об этиологии смерти у детей крайне противоречивы. В их ответах чаще называются конкретные воздействия, а не общие процессы (нож, стрелы, пистолеты, топор, животные, огонь, взрывы, рак, сердечные приступы, возраст и др.).

При попытках выяснить социально-экономические условия возникновения смерти оказалось, что дети 6—10 лет, живущие в городах или находящиеся в больницах, называют различные формы агрессии, возникающие случайно или преднамеренно в мирное или военное время, в четыре раза чаще, чем дети пригородов и ученики церковно-приходских школ того же возраста.

Очевидно, необратимость смерти постепенно, но не в полной мере понимается детьми. Уже младшие школьники приходят к мысли, что даже скорая медицинская помощь оказывается эффективной лишь тогда, когда жизнь еще теплится. Вера в личное или всеобщее бессмертие души после смерти имеется у 65% верующих детей 8-12 лет.

В том возрасте, когда у детей преобладает конкретное мышление, происходит развитие концепции смерти как необратимого прекращения жизни, неизбежного и универсального явления. Однако препятствием для этого становится еще существующий эгоцентризм, анимизм и магическое мышление. Детские переживания дома и в обществе влияют на развитие понятия о смерти. Дети школьного возраста плохо используют в своей жизни уже имеющиеся представления о смерти, ее природе, причинах и последствиях. Это связано, как полагают, с большими изменениями в понимании смерти, происшедшими за короткое время. Приходится принимать во внимание, что существует множество условий осознавания процесса умирания, предшествующих формированию той концепции, которая используется взрослыми. Состояние тревоги или соматическая болезнь затрудняют осмысление детьми этих представлений. Вопросы, задаваемые ребенком, даже такие, как «я умираю?», могут не отражать правильного понимания происходящего. Об истинных переживаниях школьника нередко лучшую информацию дают различные его игры, рисунки, рассказы или своеобразие поведения.

***Примеры реакции на смерть.*** *Девочка 7 лет была очень дружна с бабушкой, жившей в семье. С ухудшением здоровья последней и падением ее интереса к школьным событиям, ребенок начал понимать свою потерю. Когда бабушка умерла, девочка правильно оценила случившееся, ее не удалили из дома, и она участвовала в траурных обрядах, исполняя порученную ей роль.*

*Мальчик 7 лет, обнаружив свою собаку мертвой у дороги, совместно с другими детьми выкопал могилу и похоронил ее, оплакивая свою потерю. В течение нескольких последующих дней он выкапывал ее, осматривал имеющиеся изменения и вновь погружал в землю. Этот ритуал повторялся без видимых переживаний у мальчика. Из беседы с ребенком выяснилось, что он интересовался изменениями, возникающими после смерти. Это поведение можно истолковать как своеобразную психологическую защиту от сильных переживаний.*

*Переживший смерть отца 7-летнйй мальчик вначале выразил свою реакцию гневом, жестокой символической игрой и ночными страхами. Со временем у него появились другие расстройства сна, он стал плаксивым и печальным, и только в это время начал постепенно понимать объяснения взрослых о смерти родителя. Психотерапевтическое вмешательство оказалось успешным — поведение и настроение ребенка выровнялись.*

Эта возрастная группа оказывается наиболее вариабельной в сравнении с любыми другими в отношении понимания смерти. Как считает P. Bios (1978), для детей между 6 и 10 годами смерть становится более реальной, окончательной, универсальной и неизбежной, но только в конце этого периода они признают свою собственную бренность. В начале этого возрастного промежутка смерть может быть персонифицирована детьми, и поэтому разум, умение и ловкость, как они думают, позволят ее избежать. Объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание разницы между живым и неживым, живущим и не живущим. К концу этого возрастного периода дети понимают, что смерть — часть общих процессов и принципов, которые управляют миром.

**Подростки** переживают очень значительные изменения за короткий промежуток времени: резко увеличиваются рост, масса тела, меняется прежний облик, появляются вторичные половые признаки. Подростки сосредоточены на этих изменениях, у них постоянно меняются настроение и поведение. Происходит развитие идентичности, т. е. достижение цели через формирование устойчивого образа «Я», независимого от семьи, а также выбор половой роли и избрание профессии. Постепенно развивается способность к самооценке, но и у подростков наблюдаются эпизоды возвращения к ранним способам поведения и мышления: эгоцентризму, магическому мышлению, приступам гнева и крайней зависимости. Будущая судьба и собственная кончина становятся для них очевидными. Однако они отрицают свою смертность фактическим игнорированием смерти в гонках на мотоциклах, в экспериментах с нарушающими сознание веществами и в другой опасной для жизни активности.

Подросток достигает формальных операций, овладевает абстрактным мышлением, способен рассматривать гипотетические возможности. Он разделяет концепцию взрослых о смерти как универсальном и неизбежном процессе, которым заканчивается жизнь [Inhelder В., Piaget J., 1964]. Способность к отвлеченному мышлению позволяет ему принять мысль о собственной смерти. В то же время, чтобы преодолеть тревогу, вызываемую этими мыслями в реальности, он использует отрицание такой возможности.

Дети в исследовании М. Н. Nagy (1948) считали смерть прекращением телесной жизни уже с 9 лет. По мнению ребенка 10 лет, если кто-то умирает, то его закапывают? и он разрушается в земле, превращаясь в пыль. Кости разрушаются позже, и поэтому скелет сохраняется дольше. Смерти избежать невозможно. Тело умирает, а душа остается жить. Другой ребенок 10 лет утверждал, что смерть означает умирание тела. Это состояние, из которого наши тела не могут быть воскрешены. Это, по его мнению, подобно увяданию цветов.

Признание смерти подростками естественным процессом доказано и в более поздних исследованиях, где испытуемые отвечали на вопрос о ее причине. Например, подросток 13,5 лет думает, что к старости тела изнашиваются и органы работают не так, как раньше (Кооjcher G. Р., 1974).

Было отмечено сильное религиозное влияние на взгляды верующих подростков относительно вероятности продолжения жизни после смерти [Gartley W., I Bernasconi M., 1967; Mclntire M.S. et al., 1972]. В то же время подростки, у которых отмечались неоднократные мысли о самоубийстве, отвергают необратимость смертельного исхода. В группе 13-16-летних 120% верили в сохранение сознания после смерти, 60% — в существование души и 20% — в смерть как прекращение физической и духовной жизни [Mclntire M.S. et al., 1972]. В другом исследовании, в противоположность этому, было показано, что только 7% детей использовали слово «бог» в ответах на вопросы и только 21% косвенно указывали на возможность сохранения жизни в раю или аду [Koocher G.Р., 1974].

Психологическая защита от тревоги, вызываемой мыслью о смерти, у подростков обычно та же, что и у взрослых их ближайшего окружения, но чаще всего встречаются механизмы совладания в форме отвержения возможности умирания. Беспокойство о своей смертности у подростков имеет место, и взрослые должны пытаться его смягчать. На основании опроса 700 старшеклассников, отвечавших на вопрос «Что тебе приходит на ум, когда ты думаешь о смерти», А. Маuгег (1966) выявил несколько различных реакций: осознавание, отвержение, любопытство, презрение и отчаяние.

Подросток, оказавшись рядом с умирающим сверстником, нередко ипохондрически фиксируется на своих телесных функциях и начинает жаловаться на воображаемые болезни. Смерть сверстника, свидетелем которой оказывается подросток, служит подтверждением его смертности. Сталкиваясь с мыслью о собственной кончине, он понимает, что не выполнит поставленные жизненные цели, а это, в свою очередь, приводит к серьезной фрустрации.

В подростковом возрасте познавательные процессы практически соответствуют таковым у взрослых, но их использование затрудняется переживанием интенсивных телесных изменений. К смерти относятся или как к философской проблеме жизни, или как к вероятности, которая требует остерегаться факторов риска. У некоторых подростков еще сохраняется детское представление об обратимости смерти. Самоубийство подростку представляется возмездием, но одновременно и обратимым явлением. Он думает, что сможет наблюдать и радоваться печали своих родителей, которые будут терзаться, что плохо с ним обращались.

**Страх смерти у детей.** Для большинства детей представление о смерти не содержит никаких ужасов [Anthony S., 1971]. Однако это противоречит утверждениям, что в 1,5—2 года уже возникает мысль о смерти, которая может сопровождаться тревожными переживаниями.

Проверить степень информированности детей о смерти, особенно в младшем возрасте, затруднительно. Значительно легче выявить их эмоциональное отношение к смертельному исходу жизни. С этой целью изучалось содержание существующих у здоровых и невротичных детей страхов [Захаров А.И., 1988].

Оказывается, что распространенность страхов смерти составляет **в дошкольном возрасте** 47% у мальчиков и 70% у девочек, в школьном — 55% и 60%, соответственно. Страхи смерти родителей у дошкольников наблюдаются у 53% мальчиков и у 61% девочек, у школьников 93% и 95%, соответственно. В младшем школьном возрасте у ребенка часты страх остаться одному без поддержки родителей, испытывая чувства опасности, и страх перед угрожающими его жизни сказочными персонажами.

**В старшем дошкольном возрасте** чаще других наблюдаются страхи смерти в 7 лет у мальчиков (62%) и в 6 лет у девочек (90%). В этом возрасте эмоциональное и познавательное развитие достигает такой степени, что понимание опасности значительно возрастает. Для оценки этого факта следует знать и о большой распространенности в этом возрасте страхов войны, пожара, нападения, заболевания, смерти родителей и др. Все они связаны с переживанием угрозы жизни, что иллюстрирует высокую степень актуальности переживания смерти в этом возрасте. Вероятность появления страха смерти больше у тех детей, которые на первом году жизни пережили страхи незнакомых людей или имели трудности в овладении навыками ходьбы. Это также и те дети, у которых в преддошкольном возрасте наблюдались страхи высоты и так далее, т. е. обостренные проявления инстинкта самосохранения. Интересно также отметить персонификацию страхов, связанных с Бабой Ягой, Кощеем, Змеем Горынычем, олицетворяющими враждебные жизни силы.

**Младший школьный возраст** знаменуется резким увеличением распространенности страхов смерти родителей (в 9 лет у 98% мальчиков и у 97% девочек). Страх своей смерти, еще очень частый, реже встречается у девочек.

**У подростков** страх смерти родителей наблюдается уже у всех мальчиков (к 15 годам) и всех девочек (к 12 годам). Почти также часто встречается страх войны. Последний тесно связан с первым, так как и во время войны очень реальна потеря родителей. Несколько реже наблюдаются страхи собственной смерти, нападения и пожара.

Еще одним доказательством в пользу большого значения для детской психики переживаний смерти могут стать данные о страхах, наблюдаемых у невротических больных. Невротический страх оказывается в данном случае показательным потому, что, не оправдываясь реальной ситуацией, все же имеет психологическую подоплеку, т. е. отражает то, что волнует ребенка. Действительно, жизнь невротика не подвергается постоянной опасности, однако он может переживать стойкий страх, происхождение которого определяется не только выражением инстинкта самосохранения, но и отражает трудности формирования личности в определенном возрасте.

Страх смерти при неврозах страха встречается уже в старшем дошкольном возрасте. Ребенок при этом может бояться всего того, что приводит к непоправимому расстройству здоровья [Захаров А..И., 1988]. Из этого следует, что дети дошкольного возраста не только знают о существовании смерти, но уже в той или иной мере относят к себе, страшатся и переживают этот факт. Под влиянием тех или иных обстоятельств (повышенной эмоциональной чувствительности, психотравмирующих факторов, неправильного воспитания и др.) беспокойство о прекращении жизни может реализоваться в невротическом переживании, характеризующемся большей выраженностью и аффективным накалом.

По мнению В. И. Гарбузова (1977), мысли о смерти лежат в основе большинства фобий детского возраста. Эти фобии проявляются либо непосредственно заявлениями о боязни умереть, либо завуалированно — страхом заразиться, заболеть, боязнью острых предметов, транспорта, высоты, темноты, сна, одиночества и так далее. Страх смерти родителей также в конечном итоге трактуется, как боязнь невозможности существовать без родительской поддержки, заботы, зашиты и любви.

Соматические заболевания, ослабляющие или угрожающие здоровью детей с фобиями, усугубляют невротическое состояние, особенно в тех случаях, когда присутствует информация об опасности для жиз­ни или здоровья.

У подростков, наряду с приведенными страхами, нередки страхи смерти близких, навязчивые опасения заболеть определенной болезнью (раком, сифилисом и др.), оказаться несостоятельным (подавиться при еде) и т. д.

**Умирающий ребенок.** Психологические реакции детей со смертельными болезнями стали объектом внимания медиков лишь в последние годы. Ранее придерживались мнения, что до 9-10 лет умирающие дети не проявляют полного осознавания и тревоги по поводу неминуемой и скорой смерти [Richmond J.В., Waisman H.А., 1955] Последующие исследователи [Spinetta J.J., 1974] поставили под вопрос это утверждение, указывая на то, что детскую неспособность выразить, вербализовать или концептуализировать свой страх смерти не следует понимать, как недостаток эмоциональной вовлеченности и осознания [Chess S., Hassibi M., 1978].

Тяжелое и ослабляющее заболевание, госпитализация, окружение чужими людьми в необычной обстановке, угроза утраты материнской заботы — даже одно только это создает для ребенка стрессовую ситуацию. Об этом известно достаточно хорошо. Менее ясны эмоции и поведение детей, когда болезнь предположительно или определенно оказывается смертельной. Дети разного возраста различно переживают такую ситуацию.

**Младший дошкольный возраст** (0-3 года) отличается крайней зависимостью от матери. Ребенок очень плохо переносит ее отсутствие. Начиная с 6 месяцев, страх быть покинутым очень сильно выражен. На 2-ом году ребенок также опасается остаться вне семьи. Младенец весь в настоящем. У него нет чувства времени и, насколько известно, нет никакого представления о смерти в будущем. Судить о переживаниях ребенка этого возраста можно по его поведению, зависящего от душевного состояния ухаживающих за ним, может быть, в большей степени, тем от его физического состояния.

***Клинический пример****. Ребенок 9 месяцев, страдающий лейкемией, поступил в стационар. В момент ремиссии мать заявила, что чем дольше ребенок будет жить, тем ей будет труднее. У нее появилось фобическое состояние, сопровождавшееся сердцебиениями, слабостью, диспноэ, из-за боязни замкнутого пространства она не могла пользоваться метрополитеном, единственным транспортом для посещения больного сына. Ребенок, ранее живо реагировавший на появление членов семьи и часть персонала, стал раздражительным и отчужденным. Он перестал гулить, в постели лежал, отвернувшись к стене и натянув одеяло на голову. Все же он начал реагировать положительно на занятия с ним медсестры. Была проведена психотерапия с родителями, переживавшими общее горе в одиночку. В результате они стали ближе и начали поддерживать друг друга [Gilder R., BuschmanP., 1980].*

Из этого примера видно, что основной заботой медицинского персонала должна быть психологическая поддержка семьи, подчеркивание ее важности в уходе за ребенком, понимание ее стресса и, при необходимости, замена в обслуживании.

**Старший дошкольный возраст** (3-6 лет) характеризуется внешним выражением родительских предостережений и требований. Возникают истинные реакции вины за свое поведение. Дети этого возраста нередко воспринимают заболевание как наказание. Как уже было отмечено, многие дошкольники имеют представление о смерти как об отсутствии жизни и деятельности. Они понимают, что живой человек уходит из жизни и не возвращается. То, как ребенок применяет к себе эти представления о смерти, определяется отношением к этой проблеме родителей и их переживаниями. То, как он защищает себя от этих идей, зависит во многом от способов психологической защиты родителей и от того, как они воспринимают эти трагические обстоятельства.

Очень вероятно, что серьезно больной ребенок может понимать собственную близкую кончину, хотя взрослые хотели бы отрицать это. Дети, подобно взрослым, используют различные формы психологической защиты, чтобы отвергать такую страшную возможность. Редко в этом возрасте они прямо говорят о своей боязни умереть. Чаще же об этой тревоге приходится догадываться по поведению ребенка или по темам его разговоров.

***Клинический пример.****Мальчик 4 лет, с лимфосаркомой, считал заболевание, лечение, госпитализацию и смерть агрессией против него. Его психологической защитой была игра, в которой он принимал на себя агрессивную роль против беззащитного умирающего больного, роль которого играла кукла. Но он явно идентифицировал себя с этой куклой, которая не могла видеть, слышать, говорить или кричать и которая вскоре должна была умереть. Он, по-видимому, осознавал необратимость грядущей смерти. Этот пример [Gilder R., Buschman P., 1980] показывает пробуждающееся понимание ребенком ситуации, в которой он находится.*

Несмотря на то, что фатально больной дошкольник не имеет такого же представления о смерти, как взрослый, его эмоциональное и физическое состояние необходимо корректировать в течение всего заболевания. Частые и длительные пребывания в больнице обычно связаны у детей со смертельным заболеванием и нередко провоцируют и усиливают страхи физических страданий, эмоциональной изоляции и покинутости, столь обычные для этого возраста. Медицинскому персоналу в этой связи следует предпринимать все возможное, чтобы избежать неоправданной госпитализации, или принять меры для частых посещений родителей в случае нахождения ребенка в больнице. Если фантазии и страхи ребенка не выявлены и не делаются попытки их успокоить, он будет страдать в еще большей мере — от непереносимой и глубокой тревоги и душевной боли [Heagarty M., 1978].

**Школьный возраст** (6-12 лет) — период, когда постепенно развивается способность решать более сложные логические задачи, понимать отношения между предметами и явлениями реального мира и на основе конкретных примеров делать обобщения. Наибольшие изменения происходят в таких сферах психического развития, как независимость, осознание и социализация. Укрепляются структуры характера, формы психологической защиты против чувств вины и стыда становятся сильнее. Ребенок все лучше приспосабливается к социальным требованиям. Связь с родителями ослабляется, а интересы все больше со­средоточиваются на сверстниках и других взрослых. Школа становится центром детской жизни. Познавательные способности школьника позволяют ему понять, что каждое живое существо умирает. У него начинают укрепляться мысли о необратимости смерти [Childers P., WimmerM., 1971].

К этому возрасту, большая часть детей, заболевших неизлечимой болезнью, через некоторое время начинает понимать необычность своего состояния и серьезность своей ситуации. Сумеют ли они совладать с трагичностью своего положения, будет зависеть от их механизмов защиты и от того, каким образом близкие или взрослые, особенно их родители, овладевают своими чувствами.

Даже не имея полного представления о смерти, они обнаруживают возрастающую тревогу и озабоченность своим состоянием [Spinetta J.J. let al., 1973]. Исследование этих детей с помощью проективной техники позволяет выявить их знания о приближающейся смерти, о диагностике неизлечимой болезни, необратимости смертельного исхода, тяжелых изменениях в организме [Crase D.R., 1975].

И. К. Шац (1989), изучавший психику 109 детей, страдавших неизлечимым заболеванием (острым лейкозом), обнаружил целый ряд отклонений. Среди них преобладали аффективные нарушения (88,4%): дистимия, тревога и депрессия. Дети с этими расстройствами отказывались участвовать в общих играх, отгораживались от сверстников, предпочитали общение со старшими, нередко находились в очень сложных отношениях с родителями. Проявления их активности часто определялись интересом к своему заболеванию и лечению. Содержание возникавшей боязливости и ночных страхов большинстве случаев было связано с тяжестью заболевания и неверием в выздоровление. У части детей возникало чувство вины из-за непослушания или нарушений режима и дисциплины, которые, как они думали, привели к «плохой», «редкой» и даже «худшей» болезни. Были также страхи за свое здоровье и благополучие родителей, переживания из-за госпитализации. Основной источник психотравматизации — отношение к болезни, понимание ее тяжести, и особенно неизлечимости, невозможности продолжения полноценной жизни. Больные называли свою болезнь «самой главной», «самой страшной среди всех болезней». Более пессимистичную оценку, чем понятиям «здоровье» и «болезнь», дети давали понятию «смерть». В восприятии обследованных понятие смерти носит абстрактный характер и не связывается с собственной личностью. С возрастом больных, по мнению автора, в их представлении вероятность смертности в будущем увеличивается, причем они лучше понимают связь смерти с болезнью крови. Больные допускают большую вероятность смерти как исхода жизни. Переживания родителей, межличностные отношения в семье во время заболевания ребенка формируют его ВКБ, оказывают влияние на состояние его психики. Несмотря на то, что все дети видели сострадание родителей, они считали, что их покинули. Эти материалы показывают, что больные дети не только знают о своем близком конце, но и переживают его. Судить об этом можно по психотическим и непсихотическим расстройствам, возникающим у этих больных, в основе которых в значительной мере лежат страх смерти, несбывшиеся надежды, чувство заброшенности.

R. Gilder, P. Buschman (1980) приводят несколько, как они считают, типичных примеров реагирования детей младшего школьного возраста на неизбежный и близкий фатальный исход заболевания. В первом случае, несмотря на понимание грядущей смерти, ребенку удается вытеснить отчаяние, панику и находиться в почти хорошем настроении. Все же смерть остается близким к сознанию переживанием, ассоциируется с чувством покинутости, непонятности и беспомощности с тревогой из-за отрыва от дома. Во втором мысли о смерти замещаются активной ролью страдающего. Появление ипохондрических переживаний имеет и положительный смысл: они подавляют страх умирания, так как для того, чтобы страдать, надо жить. В третьем - заболевание рассматривается ребенком как несерьезное, однако на неосознанном уровне выявляется тревога из-за неизбежной смерти. Это приводит к угрюмому настроению, жалобам на соматическое недомогание, вспышкам гнева, особенно в адрес родителей. В четвертом - гнев в ответ на осознавание неизлечимости заболевания может выражаться в фобиях лекарств, враждебности и дисфориях. R. Gilder и P. Buschman пришли к выводу, что у детей этого возраста формируется сильная психологическая защита против угрозы неизлечимого заболевания. У них более ясные и более точные знания о заболевании, в частности о его серьезности, длительности, неизлечимости и угрозе смерти, чем об этом думают родители. Эти дети часто переживают не только тревогу, но и гнев, стыд, вину. Они способны скрывать эти чувства намного лучше, чем младшие, — почти так, как это делают их родители. У детей очень острое чувство осознавания родительских реакций на их заболевание. Они часто делают все, чтобы избежать нарастания родительского напряжения и таким образом уменьшить угрозу собственному настроению. Спустя несколько месяцев от начала заболевания, они уже знают основные данные о нем, видят в больнице детей с такими же болезнями, подглядывают в собственные истории болезни, подслушивают беседы между родителями и медицинским персоналом, пользуются средствами массовой информации, чтобы получить сведения о своей болезни. Довольно трудно обмануть этих детей во всем, что относится к их болезни. Им очень трудно с родителями, которые пытаются скрыть от них тяжесть заболевания, неизбежность близкого конца, а также свои тревоги в связи с этим. Большинство детей не задает прямых вопросов о смерти, но обсуждает свое заболевание косвенно. В то время как у многих родителей не хватает выдержки, чтобы разговаривать с больным ребенком о его болезни и не обнаружить свое горе, медицинский персонал должен создать такие условия, которые бы позволили больному говорить о том, что его мучает, в прямой или косвенной форме. В противном случае детские переживания и страхи, чувство изоляции и покинутости будут резко возрастать.

**Подростковый возраст** в отношении мышления во многом не отличается от такового у взрослых. Подростки способны на основе общих закономерностей решать частные задачи, могут сами формулировать задачи и оперировать абстрактными понятиями. Они уже способны к такому логическому заключению: «Если все люди смертны, то и я могу умереть». Для подростков смерть становится реальностью, как для них самих, так и для всего живого. Неизлечимо больные осознают собственную приближающуюся смерть и ее необратимость. Умирающий подросток несет двойное бремя. Наряду с эмоциональным стрессом нормального пубертатного периода, он переживает потрясение из-за приближающейся собственной смерти. За малыми различиями, связанными с особенностями психического развития, он реагирует на близкую смерть сходно с тем, как это описывается взрослыми [Kubler-Ross E., 1969]. Бесполезно пытаться говорить подростку неправду о природе его болезни. У него имеются определенные преимущества перед младшими детьми. Он уже может достаточно точно выразить свои чувства с помощью хорошо развившегося словарного запаса. Кроме того, будучи менее зависимым от родителей, он может посчитать менее опасным признаться в беспокоящих его мыслях и доверить их другим.

В тех семьях, где родители запрещают откровенные разговоры с их ребенком относительно диагноза и серьезности его болезни, подросток, подыгрывая родителям, может дать понять медперсоналу, что ему известна истинная ситуация. По мере взросления, он становится более независимым от родителей, настаивает на большей автономии и, как правило, не получает ее. В то же время врач или медицинская сестра способны иметь дело с ним как с самостоятельной личностью, а не только как с сыном или дочерью родителей. Подросток может захотеть обсуждать свою близкую и неотвратимую смерть, не вовлекая в это родителей. Сверстники важны для больного, однако они не способны его поддержать, так как сами серьезно переживают свою неполноценность и угрожающую кончину товарища, с которым могут себя легко идентифицировать.

В течение заболевания чувства подростка меняются очень быстро от гнева до печали, вины, стыда, отвержения и приподнятого настроения, жалоб и безразличия, уступчивости, отгороженности. По мнению М.С. Heagarty (1978), переживания умирающего под­ростка протекают в определенном порядке. Подросток, прямо или обиняком узнавший о своем неизлечимом заболевании, настойчиво отвергает возможность неизбежной при этом смерти, он может также не признавать и факт существования смертельной болезни. Эта начальная стадия отказа признавать реальность является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не мешает терапии. Если времени оказывается достаточно, то большинство больных успевают сформировать психологическую защиту. Подросток, не понимающий, почему его сразила болезнь, переживает гнев, который возникает после периода отвержения факта близкой смерти. Этот гнев на несправедливость судьбы может трансформироваться в крайнюю агрессию по отношению ко всем окружающим: родителям, членам семьи, медперсоналу. Следует понимать, что гнев подростка и его враждебность — нормальное явление и нельзя наказывать или осуждать его за эту реакцию на свою судьбу. По прекращении этих двух фаз, нередко возникает период, когда жизненный горизонт подростка резко сужается, и он начинает выпрашивать, выторговывать себе те или иные поблажки. Например, за выполнение режима или болезненных процедур требует себе подарков, разрешения отступить от требований медперсонала и получить другие послабления. Этот нормальный процесс сделок для узко ограниченных целей помогает пациенту прийти к соглашению с реальностью укорачивающейся жизни.

Умирающий подросток неизбежно становится печальным. Депрессия у таких больных может разворачиваться в двух вариантах. Первый тип — реактивная депрессия, которая обычно возникает как результат потери некоторой части тела или функций, важных для образа «Я». Это может произойти вследствие хирургического вмешательства. Реактивная депрессия углубляет основное печальное настроение и сочетается с сильным чувством вины и стыда. И медперсоналу, и семье следует иметь в виду возникновение выраженной депрессии и пытаться улучшить это состояние посредством доверительных бесед с подростком.

Второй тип депрессии, наблюдаемый у умирающих больных, понимается, как преждевременное оплакивание потери семьи, друзей и самой жизни. Это тяжелое переживание потери собственного будущего — признак начальной стадии принятия собственной смерти. Такие больные крайне трудны для ухаживающих людей, они вызывают у них чувство тревоги и душевного дискомфорта. Попытки же ободрить пациента веселыми, остроумными, но нелепыми с точки зрения больного замечаниями противоречат неизбежной реальности и лишают подростка его законного достоинства в тот период, когда он горюет по всем, кого любит и чему радуется.

Наверное, наиболее драматично воздействует на умирающего подростка ослабление наиболее важных взаимоотношений в его жизни. Те, кто окружает этих больных, сочувствуя им, избегают общения с ними. Родители и другие члены семьи начинают реже посещать больницу, медперсонал проводит с ними меньше времени. В то же время подросток нуждается более всего в душевном комфорте и теплоте. Даже чье-либо молчаливое присутствие в палате у постели умирающего может оказаться полезнее произнесенных слов сочувствия. Краткое объятие, похлопывание по плечу, пожатие рук скажет ему о том, что о нем заботятся и понимают.

После этой длинной череды переживаний в тот момент, когда смерть уже подходит, подросток обретает мир и спокойствие. С этим принятием близкой смерти больной теряет интерес к окружению, обращается вовнутрь и отдается неизбежному. Подростки, достигающие этой стадии, должны восприниматься не как бросившие борьбу, но как приготовившиеся спокойно принять смерть.

***Клинический случай****, представленный Л.В. Шульженко. Саша, 14 лет, госпитализирован с диагнозом лимфосаркома. Первые симптомы появились полгода назад. Проведенная лапаротомия обнаружила множественные увеличенные до 4 см лимфатические узлы брызжейки. Жалобы на слабость, тяжелую «утомленность», отсутствие аппетита. Состояние очень тяжелое в связи с опухолевой интоксикацией и анемическим синдромом. Мальчик ориентирован во времени, месте, собственной личности. Вступая в контакт, проявляет осторожность. Выбирает темы для беседы. О своем эмоциональном состоянии говорит неохотно. Отвечает односложно: «Нормально», «Да», «Нет». Знает диагноз и без неудовольствия поддерживает разговор о соматических проявлениях болезни. Расспрашивает о варианте течения заболевания, тактике лечения, частоте осмотров, характере процедур (пункциях, использовании наркоза). Внимательно относится к разъяснениям. В первые недели пребывания в больнице складывалось впечатление, что настроение ровное. Мальчик с нетерпением ждал ежедневного обхода, выслушивал назначения и советы врачей, отчеты медицинских сестер. Он искал поддержки у родителей, но не мог ее найти. Мать во время свиданий с ним плакала. Психотерапевтические беседы, во время которых мать получала информацию о том, как будет изменяться душевное состояние ее сына, как следует реагировать на его поведение и переживания, как управлять своими чувствами и благотворно действовать на него, не изменили ее поведения при общении с сыном. Сам больной прекратил заниматься любимым делом — рисованием, в котором преуспел, не брал в руки книги, хотя раньше увлекался чтением. В отделении проводил время за просмотром телепередач и компьютерными играми. В беседе избегал всего, что касалось его переживаний, но по-прежнему обсуждал свое физическое состояние. Разговор о прошлом и будущем поддерживал. Рассказывал о друзьях, оставшихся дома, о прежних взаимоотношениях с ними. В то же время, приезжая домой, к друзьям не выходил, так как «стеснялся своего вида». Охотно обсуждал свое будущее, строил планы: чем будет заниматься после выздоровления, с кем будет общаться, какую выберет профессию. Проявлял своеобразные реакции на манипуляции. В момент их проведения делал усилия над собой и говорил: «Я вытерплю все, без наркозов, обезболивающих, только скажите мне, что я поправлюсь». Действительно, он переносил все, даже самые болезненные манипуляции очень стойко, отказываясь от обезболивающих средств. Получал интенсивное специфическое лечение, вследствие чего возникла тяжелая реакция в форме язвенно-некротического стоматита. Позже появился асцит, усилился болевой синдром. Производилась пункция брюшной полости, выявившая серьезное ухудшение основного заболевания (большое количество клеток лимфоидного ряда в пунктате). Одновременно проводившееся симптоматическое лечение складывалось из антибиотиков, наркотических анальгетиков, сердечных гликозидов, препаратов крови. Во время резкого ухудшения заболевания, перед самой смертью больной умоляюще спрашивал: «Зачем? Ради чего я все это терпел? Мама, я не верю в Бога, его нет. Ведь я его так просил, Боженька, миленький, помоги мне, а я все вытерплю, все выдержу». Умирая в отделении, мальчик сначала какое-то время недоумевал от того, чем все заканчивается. Затем у него появились злость, ненависть, агрессия, направленная на родителей, стал сетовать на Бога, возникли капризы и чрезмерные требования к персоналу. Переживания последнего этапа жизни больного оценить сложно, так как с целью обезболивания он получал большие дозы наркотических средств. Мальчик умер в больнице, спустя два месяца после поступления.*

*Психосоматическая ситуация подростка, возникшая вначале на тяжелейшее, крайне болезненное заболевание и не менее болезненное лечение, затем трансформировалась в психосоматическую ситуацию, определявшуюся умиранием. Эта жизненная ситуация осложнилась, как минимум, двумя серьезными трудностями: длительным пребыванием в отделении для тяжелых и умирающих детей и неспособностью родителей психологически поддержать своего сына, заболевшего летальной болезнью. Реакция подростка, осознававшего свое острейшее смертельное заболевание, менялась. Вначале, находясь в неглубокой депрессии, мальчик обращался за помощью к матери, пытался преодолеть страх перед будущим сам, отрицая смертельный исход (мечты больного о будущем). Затем, как он надеялся, заключил договор с Богом, отдав за свою жизнь терпеливое отношение к мукам, причиняемым болезнью, процедурами и другими формами терапии. В самом конце своей жизни он пережил несколько стадий:*

*1) недоумения в связи с тем, что его надежды не оправдались;*

*2) гнева и агрессии, так как его терпение и муки в рамках «договора с Всевышним» не выкупили его у смерти;*

*3) смирения и истощения, не выявлявшихся в значительной степени, из-за получаемого лечения.*

*Проводившаяся в отделении психотерапия преследовала цель облегчить душевное состояние больного, страдающего роковым заболеванием, укрепить его психологическую защиту от разрушающего действия мыслей о неизбежной близкой смерти, тяжелых страданий, поддержать силы в борьбе с проявлениями заболевания и болезненным лечением. Производили регулярную оценку эмоционального состояния, учитывали возможности психологической защиты.*

**Реакция семьи на умирающего ребенка.**В настоящее время смерть ребенка от болезни или несчастного случая — относительно нередкое событие, хотя все же не такое частое, как это было в недалеком прошлом. Родители умирающего ребенка переносят тяжелый эмоциональный стресс, будучи потрясенными происходящим, они ищут ответа на вопрос о причине случившегося. Все это часто происходит в относительной изоляции, с малой поддержкой остальными членами семьи или окружающими. Переживания родителей в процессе умирания ребенка отличаются от таковых при прощании с их собственной матерью, отцом, братьями или сестрами. Они относятся к близкой потере своего ребенка так, как будто теряют часть самих себя.

Чувства и мысли, обычно возникающие у родителей неизлечимо больных детей, и формы защитного преодоления этих эмоциональных стрессов описаны в деталях [Bozeman M.F. et al., 1955; Orbach С.Е. et al, 1955; Friedman S.В. et al., 1963; Hamovitch M.В., 1964]. Как правило, когда матери или отцу сообщают диагноз фатального заболевания у ребенка, у них возникают чувства потрясения и неверия, даже если до этого уже были серьезные подозрения на этот счет. Меньшая часть родителей почти полностью не способна преодолеть свои чувства и может отказаться дать разрешение на лечение ребенка, действуя так, как будто он не болен. Однако, несмотря на недостаточное принятие реальных событий, большинство родителей сначала могут постичь диагноз лишь разумом и способны исполнять предписанный медицинский режим. С течением времени они постепенно становятся способными глубоко прочувствовать факт болезни своего ребенка. За осмыслением диагноза следует острое переживание тяжелого заболевания.

По мнению М. Heagarty (1978), во время первого обсуждения врачом с родителями заболевания их ребенка возникают эмоциональные реакции, обычно искажающие понимание любых объяснений, касающихся лечения или прогноза. В этой связи педиатр или психолог должны сохранить у родителей надежду, причем все же следует пояснить, что они не смогут понять детальных профессиональных объяснений и инструкций. Фактически в такой ситуации стиль беседы профессионала более важен, чем содержание того, о чем говорится. Врач должен быть сочувствующим и компетентным профессионалом, который понимает родительскую боль и горе и может иметь дело не только с медицинской стороной дела, но и способен понять эмоциональное состояние семьи. По мере ухудшения состояния ребенка, многие родители приспосабливаются к ожидаемой потере. Они даже могут возвратиться к своей обычной деятельности.

Первым переживанием многих родителей, узнавших о смертельном заболевании их ребенка, как уже было сказано, бывает чувство глубокого потрясения и неверия. Другие реакции, которые могут возникнуть у родителей, находятся в зависимости от структуры их личности и прошлых переживаний. Родители различно проявляют свое отношение к неизлечимой болезни своего ребенка. Это могут быть глубокая печаль, гнев или отвержение правды, сказанной врачом. Педиатру не следует ни выражать удивления, ни высказывать суждений о родительских высказываниях или их поведении. Реальность надвигающейся детской смерти не может быть отвергнута, а родители лишены надежды. Роль, как педиатра, так и психолога заключается в поддержке, которая зависит от ситуации [Fischoff J., O'Brien N., 1976].

После первого потрясения, связанного с осознаванием происшедшего, родители, нередко отвергая трагическую судьбу ребенка, ищут других врачей в надежде получить более оптимистическое заключение о его болезни. Педиатру, курирующему такого больного, следует относиться к этому как к нормальному явлению и самому попытаться организовать консилиумы специалистов. Заключения других врачей, подтверждающих прогноз, ослабляют напряженные отношения между родителями и лечащим врачом, которому они первоначально не доверяют, полагая, что он может ошибаться.

За начальной фазой отвержения факта роковой болезни у родителей появляются чувства вины, гнева и депрессии. Наиважнейшая задача психолога и педиатра — разуверить родителей, доказав им, что они не могли быть причиной возникновения заболевания ребенка ни тем, что делали, ни тем, чего не делали. У родителей умирающего ребенка чувство вины интенсифицируется. Они постоянно возвращаются в своих воспоминаниях и обсуждениях к событиям жизни сына или дочери, предшествующим постановке диагноза, ищут собственные ошибки и грехи, которые могли бы объяснить его трагическую судьбу. Неуместные и неловкие вопросы и замечания медицинского персона­ла могут обострить эти переживания.

Чувство вины, проецируемое вовне, становится гневом. В поисках причины переживаемой трагедии родитель умирающего ребенка может враждебно упрекать любого из своего близкого окружения, включая другого родителя или медицинский персонал. Таким образом, трагедия детской смерти может разрушить взаимоотношения между родителями именно в тот момент, когда они наиболее нужны друг другу. В лечение умирающего ребенка необходимо включать оценку происходящего в семье и коррекцию взаимоотношений родителей, если это требуется. В противном случае взаимные упреки супругов и яростные нападки друг на друга нанесут большой вред семье, и она уже не сможет создавать умиротворяющий психологический климат, столь необ­ходимый для ребенка.

Родители также нередко обрушиваются с гневными упреками на медицинский персонал, лечащий их ребенка или ухаживающий за ним. Кажется, что их невозможно ничем успокоить, они всем недовольны. Это отнюдь не истинное недовольство отношением к ребенку. Это внешние проявления родительского гнева на несправедливую судьбу их малыша. Правильное понимание медперсоналом гнева родителей как не направленного лично на них облегчит им общение с семьей, помо­жет преодолеть «обиды» со стороны родителей.

По мере того как болезнь ребенка постепенно подходит к роковому концу, родители и семья уже готовы психологически принять его смерть. Такое принятие неизбежно ведет к началу эмоционального отчуждения, во время которого родители обращаются к другим сторонам жизни и к другим взаимоотношениям внутри и за пределами семьи. Эти чувства эмоциональной потери в сочетании с нормальным желанием смерти ребенка, которое вскоре появляется, заставляет большинство родителей чувствовать вину. Некоторым медицинским работникам такое отчуждение также может показаться бессердечным родительским безразличием к ребенку. Но и родители, и медперсонал должны понимать, что эти чувства представляют собой нормальные и положительные механизмы психологической защиты. Если родители заняты какой-то внешней деятельностью и взаимоотношениями и слишком мало уделяют внимания больному, врачу или психологу следует помочь им продолжать эмоциональную поддержку ребенку. Может оказаться необходимым, чтобы больничный персонал отчасти заменил родительское отношение с тем, чтобы предупредить утрату ребенком важных эмоциональных связей в то время, когда он особенно в них нуждается [Easson W.М., 1972].

**Реакция семьи на смерть ребенка.**Реакции родителей на факт смерти ребенка могут варьировать в зависимости от того, умер ли ребенок внезапно и неожиданно или после длительного летального заболевания [Friedman S.В., 1974]. Переживания родителей в течение длительного инкурабельного заболевания списаны выше. Если же глубокое горе в связи с предчувствием неизбежной смерти ребенка не возникает, то переживания родителей в момент смерти практически столь же остры, как и при внезапно разразившейся катастрофе.

Из-за индивидуальных различий родителей, продолжительность и выраженность печали по потере изменчива. Обычно острый период продолжается 3—4 месяца, однако оплакивание может никогда не прекратиться. Этому способствуют отмечаемые памятные даты и другие напоминания о случившихся событиях. Особенно часто горе обостряется на первом году после смерти ребенка.

Неожиданные потери детей чаще всего случаются из-за синдрома внезапной смерти (1 на 350—400 живорожденных) и несчастных случаев (50% смертей детей 1-14 лет). В противоположность семьям детей, которые умерли от ожидаемых причин, родители тех, которые умерли неожиданно, проявляют взрыв интенсивных, разрушающих и почти непереносимых чувств. Поскольку не было времени для того, чтобы психологически подготовиться к потере, родительские переживания смерти возникают как грандиозная обида в форме экстраординарных, сильных чувств потрясения и неверия, что может продолжаться в течение нескольких недель или месяцев. Родители в своих попытках понять причину потери часто сосредоточиваются на некоторых деталях обстоятельств, приведших к смерти ребенка, и переживают только их. Если ребенок был слишком мал и не болел, друзья и родственники могут предполагать, что родителям не потребуется длительного периода для того, чтобы восстановиться после потери. Однако горе родителей младенцев и детей, которые умирают неожиданно, продолжается длительно и может продолжаться дольше, чем в семьях, которые переживали затянувшуюся болезнь ребенка. Наиболее частые переживания в этих случаях — тяжелая печаль, выраженная депрессия и отчаяние. При этом могут иметь место чувства опустошенности, никчемности, утраты энер­гии, появление крайнего беспокойства или неспособности к концентрации внимания. Эти переживания могут сопровождаться анорексией, бессонницей, болью в области сердца, живота или в верхних конечностях.

Всегда наблюдаемая при этом тревога может возникать как напоминание о собственной смертности или понимание своей беспомощности. Переживаемое кажется настолько сильным, необычным, что нередко воспринимается как начинающееся расстройство психики.

Оплакивание ребенка — важная фаза отказа от существующих эмоциональных связей родителей с детьми. Разрушение этих связей перед лицом приближающейся смерти продолжается в процессе освобождения ребенка от родителей, степень зависимости от которых определяется не только возрастом умершего, но также природой и интенсивностью отношений между ребенком и родителями и их взаимодействиями.

Когда ребенок умирает, родители переживают потерю как травму, которая не только тяжело ранит личность, но и вызывает у них чувства недостаточности и вины. Они отвергают возможность детской смерти, оплакивают ребенка бессознательно, а иногда и осознанно в его присутствии. В этом случае он начинает относиться к смерти со страхом, так как чувствует, что приносит родителям горе.

В то время как родители и все остальные члены семьи продолжительное время горюют из-за смерти ребенка, они одновременно должны освободиться от длительно существующих чувств потери, вины, гнева и депрессии до того, как возобновят обычный порядок жизни. Если этот горестный процесс закончится полным успокоением, семья вернется к своей прежней жизни с новым ее пониманием.

С целью помощи семье психологу или педиатру следует запланировать визит к родителям через 4—6 недель после смерти ребенка. Во время этого посещения психолог (врач) мог бы ответить на любые вопросы о причинах смерти и рассказать о патологоанатомических находках. Более важно то, что этот контакт с родителями позволит оценить степень родительского горя и установить отсутствие или наличие патологических реакций, требующих психиатрического вмешательства.

**Отношение детей и подростков к смерти родителей и родственников.**Информация, полученная от психически больных, показывает, что среди них больше потерявших родителей, чем среди остального населения.

В детском психиатрическом отделении из числа находившихся там больных только 41% воспитывался обоими родителями, причем у 18% пациентов один или оба родителя умерли. По мнению И. Лангмейера (1963), наихудшее влияние на судьбу детей оказывает отсутствие материнской любви, так как именно мать создает основу для отношений к людям, для доверия к окружающему миру.

Многие специалисты обнаруживают достоверно более высокий процент (от 7 до 60%) сирот среди психически больных в сравнении с воспитывавшимися в полной семье. Так, например, среди депрессивных больных сирот оказывается в 4 раза больше, чем в группе психически здоровых. Ранняя утрата одного или обоих родителей достоверно чаще встречается у совершивших те или иные преступления [Буянов М. И., 1970].

Проблемы, переживаемые во время умирания близкого, очень различаются в зависимости от возраста. Имеют значение различия в основах (ядре) личности и эмоциональных привязанностях у детей и взрослых. Младенец целиком зависим от одного лица — матери или замещающего ее человека, обеспечивающего физические и психические потребности. В связи с этим потеря столь значимой фигуры ставит под вопрос его существование, так как без ее поддержки он не может выжить. По своим проявлениям и продолжительности очень разнятся переживания потери родителя в детстве или в подростковом возрасте. Однако во всех случаях такая потеря ставит под сомнение не только возможность благополучного приспособления, но и саму жизнь ребенка.

Реакция маленьких детей на потерю родителя является «анаклитической», т. е. связанной с потерей источника пищи, тепла и защиты. Длительно существовавшее предположение о том, что дети не способны переживать смерть близких людей, было опровергнуто. Переживания детей определяются потерей объекта любви и идентификации, а потому эти чувства утраты оказываются очень глубоким, серьезно травмирующими их психику [Фрейд А. и Бурлингем Д., 1973]

Тяжесть психотравмы, возникшей из-за утраты родителя, объясняется также потерей материнской защиты. В связи с этим первоначально ребенок протестует против случившегося, что определяется его страхом одиночества, затем горюет и отчаивается, уже понимая происшедшее и, наконец, пытается приспособиться к жизни без близкого человека [Боулби Дж., 1960].

Более поздний подход к пониманию детского горя складывается из представлений о том, что на первой стадии переживаний дети осознают случившееся. На второй — у них исчезает привязанность к любимому человеку, на третьей — появляются воспоминания об умершем родителе и страстное желание вернуть его. В дальнейшем наступает стадия идентификации с умершим. Трудности приспособления после утраты у детей возникают, если они не имеют реалистического представления о смерти родителя или тогда, когда в последней стадии они сознательно противятся идентификации, тем самым, препятствуя нормальному протеканию процесса горя [Фурман Е. А., 1974].

Кажется, что невозможно смягчить младенцу стресс утраты матери, как это происходит позже, когда с потерей объекта любви более старшие постепенно свыкаются. Смерть матери в младенчестве — тяжелое тотальное переживание, слишком близкое к страху собственной смерти, а потому и воспринимается как окончательная потеря.

К.Р. Эйсслер (1969) различает два страха, связанных с угрожающей смертью: страх лишиться будущего, сопровождающийся боязнью разрушения психики, души или личности, и страх, относящийся к разрушению тела и исчезновению без опасения потерять личность, т.е. менее тотальное переживание. Эти две формы страха смерти очень близки к основным источникам тревоги в детстве, страху потери матери, которая удовлетворяет важные потребности, или позже — потери ее любви и заботы и страху кастрации или уродования.

**Реакции ребенка на смерть**. Задача оплакивания, связанного со смертью, сводится к ослаблению привязанности к родителям. Разрушение эмоциональных связей из-за свершившейся смерти близкого начиналось раньше и продолжалось в процессе развития личности в форме отделения от родителей, зависящего не только от возраста ребенка, но и от природы и интенсивности отношений и взаимодействий между ним и родителями.

Отмеченное Ц.М. Паркес ( 1972) появление «фантома мужей» у вдов в форме сильно выраженного чувства присутствия покойного встречается чаще, чем думают. У детей призрак родителя — также нередкое явление, когда переживание печали не приносит облегчения. По мнению Дж. Боулби (1960), печаль ребенка, начиная с 6 месяцев, сходна с той, что наблюдается у взрослых. А. Фрейд (1967), Р. Фурман (1964) среди других сомневались и утверждали, что лишь ребенок 4-4,5 лет способен к эмоциям горя в ответ на смерть родителя. В то же время А.В.М. Вольф (1958) оценивает возраст начала таких переживаний в 10—11 лет. X. Нагера (1970) и М. Вольфенштейн (1965), со своей стороны, доказывали, что печаль, описанная А. Фрейд, возможна только после отрыва от родителей в подростковом возрасте, хотя некоторые ее проявления могут наблюдаться уже в детстве.

**Факторы, препятствующие способности печалиться о потере**. Теория Р. Фурман (1964) о детской печали должна оцениваться с учетом двух аспектов: способности ребенка оплакивать родителя и факторов, вмешивающихся в этот процесс. Более того, важно отделить отсутствие явных признаков горя так же, как и возникших невротических симптомов от факта, что ребенок может не иметь способности к оплакиванию. Должны учитываться также большие индивидуальные различия детей разного возраста по их возможности переживать утрату.

Способность печалиться у ребенка может зависеть от фазы психического развития во время утраты, а также от его ранних травмирующих переживаний.

Неизбежные разочарования, связанные с оптимальным развитием, не вредят детскому всемогуществу так, как психотравмируюшие события. Всемогущество детей — это вера в то, что будущее окажется благополучным. Если это не удается, то ребенок останавливается в развитии и даже возвращается назад к безопасному прошлому или к ранним фантазиям всесилия. Предшествующие психотравмирующие переживания и отсутствие постоянной безопасности уменьшают способность ребенка печалиться из-за утраты близкого. Некоторые обстоятельства, возникающие во время траура, также могут уменьшить способность оплакивания. Очень разнятся переживания горя у детей, живущих дома в знакомой обстановке, и тех, кто помещен в детские учреждения.

Мало известно о продолжительности горя ребенка, когда мать временно или навсегда покидает дом, а ребенок остается; предполагают, что, если родственники поддерживают ребенка в его печали, понимают ее, не отвергают его переживаний, он способен оплакивать родителей. X. Дейч (1937) описала феномен безразличия, который дети часто демонстрируют после смерти любимого человека. Отмечено также, что до подросткового возраста дети не способны печалиться так, как это наблюдается у взрослых. Указывают на возможность появления у детей сходных переживаний, но при этом подчеркивают, что многое в поведении взрослых в траурных обстоятельствах обусловлено ситуацией, традициями и ритуалами. Маленький ребенок не улавливает смысл такого поведения и потому оно для него не становится объектом подражания.

Ф.Б. Хегтлунд (1967) наблюдал реакции на смерть матери у троих детей: 5, 7 и 11 лет. С поддержкой взрослых они были способны выразить их глубокое горе и словесно и эмоционально, а также в форме фантазий о приближающейся смерти матери. После ее смерти эти фантазии надолго оставались в памяти, обнаруживая глубокую тоску детей. Несколько позже они пели вместе, отражая в песнях мысли о сво­ей покойной родительнице. Они хранили многочисленные воспоминания о ней, но были способны привязаться к мачехе без всякого признака раздвоения чувств или их идеализации. Мы думаем, что если семейная поддержка в общих горе и радости создают поддержку личности детей, то это облегчает переживание потери любимого существа. Потеря родителя у детей нередко приводит к психическим расстройствам: снижению настроения, нарушениям сна, ночным кошмарам, отказу от еды, уменьшению массы тела, головным болям, болевым ощущениям в теле, потере интереса к учебе и другой активности, отказом от посещения занятий и поведенческим расстройствам [Эрдевег М. и др., 1985].

Наряду с эмоциональными расстройствами, могут возникнуть и интеллектуальные трудности [(Артур Б. и Кемме М. Л., 1964]. В некоторых случаях вместо непосредственных реакций на смерть родителя наблюдаются отдаленные, иногда спустя год, проявления горя [Варне М.Дж.., 1978].

Потеря близкого человека сказывается как на непосредственных переживаниях детей, так и на развитии личности в последующем. Вначале наиболее часто возникают безразличие, депрессия, а затем утрата памяти, страхи, расстройства сна, вялость или же нарушения общения, трудности в учебе, конфликты с окружающими [Фурман Е.А., 1974]. Описываются также и более серьезные формы расстройства общения, укладывающиеся в клиническую картину аутизма. Искаженное развитие личности, возникшее вследствие потери родителя, способствует в последующем появлению депрессивных состояний [Бек А. Ф. и др., 1963].

Чтобы оценить характер возникающих у детей реакций в ответ на стресс потери родителя, были изучены [Исаев Д. Н., Мартынова М. Ю., 1994] 28 детей от 2,5 до 14 лет. Из общего числа детей 23 ребенка потеряли отца, 4 — мать и одна девочка пережила утрату обоих родителей. 12 человек погибли от насильственной смерти в результате нападений, пожаров, автомобильных катастроф и т. д., 11 родителей умерли вследствие болезней, 6 завершили жизнь самоубийством.

Оценка реакций детей на потерю родителя проводилась среди тех, кто лечился в психиатрическом стационаре. В связи с этим в поле зрения попали дети с наиболее тяжелыми последствиями пережитого стресса. По-видимому, тяжесть этих реакций у наблюдавшихся, а в связи с этим и поступление в больницу, могут быть объяснены наследственной отягощенностью психическими расстройствами (у 10 детей), органической неполноценностью (12), отставанием в развитии (6), хроническими соматическими заболеваниями (7), а также неблагоприятным психологическим климатом в семье (11).

У всех детей, за исключением одной девочки, возникли явные признаки переживания утраты. При этом у 17 были выраженные аффективные расстройства. Из них у 12 в клинической картине преобладала депрессия. Снижение настроения сочеталось с диссомнией, устрашающими сновидениями, часто отражающими трагические обстоятельства, деперсонализацией печальными воспоминаниями, плаксивостью. У остальных 5 детей на первом плане были симптомы тревоги и страха. Дети боялись одиночества, темноты, беспричинно тревожились, плакали, не находили себе места, были в состоянии двигательного беспокойства. У 5 ребят реакциями на потерю родителя явились мутизм, гемипарезы, аффективные приступы, расстройства восприятия. 3 детей на смерть родителя отреагировали отказом от еды, попыткой повеситься, высказываниями о нежелании жить. Двое ребят стали аффективно взрывчатыми, агрессивными к оставшемуся в живых родителю и родным, жестоко избивали братьев и сестер. 5 детей, потерявшие своего родителя в возрасте до 5 лет, отреагировали депрессивным состоянием в трех случаях и тревожным в двух случаях. Тяжесть психических расстройств у пострадавших детей, по-видимому, связана с наследственной отягощенностью психическими расстройствами (у 10), органической неполноценностью ЦНС (у 12), отставанием в развитии (у 6), соматическими болезнями (у 7), а также неблагоприятным климатом в семье (у 11).

На основании полученных материалов можно сделать вывод о серьезной опасности для психического благополучия детей такого стресса, как потеря родителя. При неблагоприятном преморбиде и ситуационных трудностях этот стресс переживается особенно тяжело. Тяжелые переживания могут стать началом хронических нервно-психических расстройств, на длительное время декомпенсирующих детей. Отклонения в формировании детской личности после смерти одного из родителей объясняют нарушением психологической атмосферы в семье. Эти последствия наиболее выражены, когда ребенок теряет родителя на фоне уже имеющегося распада семьи, на 3-4-м году жизни или если пол умершего родителя совпадает с полом ребенка [Раттер М., 1984]. Особый риск для душевного здоровья девочек представляет потеря матери до завершения возраста полового созревания.

Возникновению психических расстройств у детей способствует внезапность смерти родителя, возраст самого ребенка и его восприятия семьи после потери.

Формирование реакций детей на потерю, наряду с их способностью понимать значение факта смерти, зависит от их характера и уровня психосексуального развития. Чем старше дети, тем лучше они приспосабливаются после смерти родителя. В то же время нередки описания переживаний детей, не достигших 3-летнего возраста. Дж. Е. Хеменвей (1978) утверждает, что для оформления реакции на потерю не имеет большого значения, в какой стадии развития находится ребенок. Более важным она считает наличие или отсутствие религиозного мировоззрения родителей, которое сказывается в принятии или неприятии случившегося в течение глубокого психологического кризиса.

***Клинический случай****. Антон, 3,5 года. Отец, 29 лет, депутат, очень способный человек. Мать, философ, в настоящее время бизнесмен, ребенка родила в 26 лет. От первой беременности, после отслоения плаценты, преждевременные роды на 7-м мес., закончившиеся смертью новорожденного. Антон от второй беременности. Были волнения, беременность сохраняли. Роды на 38 неделе с помощью кесарева сечения, масса тела ребенка — 3750. Дефект межжелудочковой перегородки сердца. Короткая уздечка языка. Развитие на первом году жизни нормальное. Речь косноязычная. Не очень ловкий. ЭЭГ в 3 года с умеренными изменениями, без локальных знаков.*

*Отец, будучи тяжело травмирован в автокатастрофе, умер спустя полтора месяца после нее. Мальчик стал отказываться ходить в детсад. Появились страхи выхода на улицу («Хочу сидеть дома»), боялся лестницы, темноты. Постоянно стремился к матери, говорил: «Хочу маму». Несколько десятков раз в день признавался матери: «Мама, я тебя люблю». Появились раздражительность, колебания настроения и непреодолимая тяга к сладкому. Отмечались нарушения сна, ухудшилось засыпание, просыпался среди ночи с плачем. Вернулся к соске. В детском саду отказался играть с приятелем. Был плаксивым. Испугался переодевшихся в карнавальные костюмы детей, забился в угол.*

*Мать, находившаяся в автомобиле с отцом, получила сотрясение мозга и другие травмы, пролежала в больнице 10 дней. В течение месяца была в депрессивном состоянии, за ребенком ухаживали прародители.*

*Когда спустя две недели после кончины отца мать захотела сообщить ребенку о случившемся событии, он отказался ее слушать. Затем спросил, о каком папе идет речь. Узнав, что отец болел, поинтересовался, почему его не вылечили. Мать рассказала о том, что папа не придет домой, но станет его ангелом-хранителем. Мальчик долго смотрел в небо. Неоднократно возвращался к этому сюжету. Внезапно, через некоторое время спросил, когда придет папа. Просил посидеть рядом с ним бабушку. У нее спрашивал о происшедшем, говорил, что он забыл. Затем с такими же вопросами обращался к другой бабушке.*

Потрясения детей из-за потери родителя усугубляются в том случаe, если он погиб в результате самоубийства. Наряду с горем, свойственным утрате родителя, в связи с другими причинами, возникают и дополнительные переживания, связанные с предрассудками, традиционным неприятием, осуждением, замалчиванием или пересудами людей, окружающих совершившего суицид. Все это обременяет оставшихся членов семьи и нарушает нормальный процесс оплакивания.

В качестве положительного момента, способствующего лучшему приспособлению к утрате, называют наличие в семье бабушек и дедушек.

М.Дж. Барнс (1978) описывает у детей несколько вариантов реакций на смерть родителей. Реакция на смерть в форме психосоматических симптомов проявляется в остановке или неровности развития, что связывается с невозможностью изменения детских фантазий из-за недостатка жизненного опыта. Утрата навыков как результат реакции на смерть может, в частности, проявиться в неспособности управлять сфинктером прямой кишки.

***Клинический случай.*** *Саша, 11 лет, отреагировал психосоматическими расстройствами даже не на смерть, а на смертельную болезнь матери (то есть на мысль о ее возможной смерти). Боли в животе, запоры, временами покашливание, затрудненное дыхание, хромота.*

*Мать, 35 лет, преподаватель музыки и немецкого языка. Тревожная, мнительная, суеверная, подозрительная, недоверчивая, претенциозная, склонная к застревающим идеям женщина. Отец, 36 лет, судья, нелюдимый, несамостоятельный.*

*Мальчик от 1-й беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом, угрозой выкидыша, с переживаниями из-за ссор со свекровью. На 7-м месяце беременности уехала от мужа к родителям в Петербург. Роды в срок, с преждевременным отхождением вод. Масса — 4000, рост — 54 см. На грудном вскармливании до 1 года 9 мес. В 3 мес. ушиб головы. Наблюдался у невропатолога из-за мышечной гипертонии. Обнаружен нейродермит. Начал ходить в 9 мес., но утратил эти навыки, будучи вывезенным на юг. Заново осваивал их позже. В 3 года — черепно-мозговая травма с переломом лобной кости. Лежал в больнице. Речь сформировалась своевременно. До 5 лет перенес ветрянку, коклюш, бронхит, страдал хроническим тонзиллитом, было обнаружено снижение остроты слуха. С 5 лет в детсаде. Часто болел. Сторонился детей, сидел в одиночестве. Из-за суетливости был поставлен диагноз ММД (минимально мозговая дисфункция). Перед школой в 7 лет отмечены сниженные способности, дизартрия, вегетативная сосудистая дистония. Удовлетворительно учился в начальной школе.*

*Когда мальчику было 9 лет, матери поставили диагноз рак матки, сделали операцию. Мать так тяжело переживала свое заболевание, что прощалась с жизнью. Мальчик понимал происходящее и тяжело страдал. Вскоре стал хуже учиться. В 10 лет обнаружены желчнокаменная болезнь и бронхиальная астма. В 11 лет диагностированы камни в почках. Тогда же узнали о дисплазии тазобедренных суставов и патологии позвоночника. Предсказывали остеопороз.*

*В настоящее время мальчик обучается игре на скрипке. Это занятие не любит, мать принуждает его посещать музыкальные уроки. Не любит учиться в классе. По дому ничего не делает. Иногда убирает пыль в связи с тем, что страдает астмой. Охотно играет в компьютерные игры. Склонен к рассуждательству, общаясь, плохо чувствует дистанцию. Утверждает, что ему живется хорошо, но при этом отмечает болезни, успеваемость, недостаток друзей как обстоятельства, омрачающие его жизнь. В будущем собирается стать специалистом или по самолетам, или по автомобилям, применяя при этом компьютер. Другой предполагаемый выбор — профессиональный велогонщик. Жалуется на периодические боли в животе, временами возникающую хромоту, переживает имеющиеся кожные поражения, отмечает редкие приступы удушья.*

*По данным методики Гилфорда, мальчик не понимает логику ситуаций. Результаты методики показывают, что исследуемый имеет сниженную активность, напряжен, назойлив.*

Реакция на смерть может обнаруживаться такими расстройствами поведения, как агрессивность, непослушание, нарушение режима, сочетающихся с изменениями настроения и бурными эмоциональными разрядами. Встречаются и абсолютно неблагоприятные последствия потери родителя, приводящие к попыткам самоубийства, что находит объяснение в чрезмерно сильной идентификации ребенка с родителем обычно того же, что и умерший, пола и желанием вернуть последнего любыми средствами, например «встретившись с ним на небесах» [Готье Д., 1965]. Другое объяснение наблюдавшихся суицидальных попыток у переживающих потерю родителя детей сводится к тому, что их незрелое «Я» не способно принять факт смерти близкого человека, а это делает невозможным для них совладание с психической травмой.

Маленькие дети не способны прямо сформулировать волнующие их вопросы. Они пытаются преодолеть разрушающие их психику конфликты через символическую игру или посредством рассказов. На усиление ядра личности ребенка, потрясенного утратой, требуется много времени. Наиболее часто используемым детьми всех возрастов защитным механизмом оказывается отвергание смерти, даже если они имеют понятие о ней. Переживаемое ребенком потрясение доводит его до неспособности понимать случившееся в течение значительного времени. Этому очень способствует логическое мышление, а также фантазии могущества и желаний, свойственные детскому возрасту. В течение различной продолжительности времени у ребенка сохраняются надежда и ожидание возвращения любимого родителя. Эта реакция на утрату нормальна для личности с незрелым ядром, каковой является ребенок. Взрослым в процессе развития детей приходится постоянно исправлять непонимание происходящего с ними и вокруг них. Во время переживания утраты такая поддержка особенно необходима.

**Реакция подростков на смерть родителя или члена семьи.**Из-за большей зрелости «Я» подросток лучше способен совладать с приобретенным пониманием конечности жизни. В отличие от маленького ребенка, он не так сильно зависит от матери и отца. Он постепенно утрачивает эмоциональные связи с родителями, у него возникают привязанности к сверстникам и ко взрослым за пределами семьи. Однако ошибочно думать, что отношение к потере определяется только хронологическим возрастом.

X. Дейч (1967) указывает на то, что у подростка в процессе формирования идентичности возникает много более или менее тяжелых отклонений. Общее расстройство идентичности и чувство недостаточности единства «Я» достигает наивысшей степени в болезненном вопросе подростка — «Кто Я?»

В течение этой возрастной фазы при ее нарушении может повториться одна из ранних фаз, оживиться неразрешенные конфликты и остановиться развитие.

Подростковые реакции и преодоление трудностей крайне разнообразны, они носят индивидуальный характер. Часто только во время критических ситуаций возможно наблюдать приспособление и оценить, как хорошо «Я» может справляться с тревогой. Потеря родителя, брата или сестры не может автоматически привести к заболеванию. Степень воздействия утраты близкого на психологическое развитие подростка определяется завершением формирования влечений, качеством отношений с окружающими и степенью зрелости «Я», достигнутой к моменту смерти члена семьи. Потеря объекта любви, не являясь болезненной, может стать ядром, вокруг которого организуются ранние конфликты и латентные патогенные элементы [Лауфер М., 1970].

У подростков нередко возникают условия для суицидального пове­дения. ***Иллюстрацией может быть случай, представленный М. Д. Варнс (1978).****Женя, 15 лет. Совершила попытку самоубийства спустя 4 месяца после смерти своего отца. Она была его любимым ребенком с раннего детства. Отец, будучи преступником, имел плохую репутацию в семье. Это еще больше сближало его с дочерью. Она не преодолела привязанности к отцу и потому не получала удовлетворения от общения со сверстниками. Хотя она была предана своему отцу, она двойственно относилась к преступлениям отца, так как его поведение сказывалось на ее репутации в школе. После смерти родителя она очень по нему тосковала и желала воссоединиться с ним даже в смерти. Другим фактором, приведшим к самоубийству, была агрессия к отцу из-за своей идентификации с его преступным поведением и желанием наказать себя за это смертью. Непосредственно перед суицидальной попыткой она высказала свою веру в бессмертие, что раньше не было частью ее мировоззрения и не соответствовало* *представлениям окружающих.*

Знакомство с подростками, проявляющими возобновившийся интерес к бессмертию или сосредоточение на этой проблеме показывает, что их борьба с интенсивными тревогами приводит к одному из острейших парадоксов жизни, когда на пороге взросления они чувствуют угрозу своему существованию. Предполагается, что может быть два пути преодоления этой специфической тревоги — либо реальные достижения в жизни, либо уход в мир фантазий, т. е. или слава и бессмертие в земном смысле, или духовная жизнь.

Нормальный интерес к бессмертию, являющийся частью развития личности, может иногда служить защитой, помогая преодолеть ужас смерти, избежать печали и увековечить фантазии в физической нетленности. Религиозный смысл этой проблемы обычно в этом вопросе не имеется в виду. Большая значимость смерти в жизни подростка может привести его к суицидальным мыслям, в особенности, если он негативно относится к возможности духовной жизни.

Другой нормальный процесс психологического развития — формирование устойчивой личностной идентичности — может быть разрушено, если подростку не удается дифференцировать себя с тем, кто умер. Во время этого периода группа в целом и сверстники в отдельности играют большую роль. Либо подросток будет идентифицировать себя со здоровыми и более зрелыми членами группы, либо временно будет идентифицировать себя с больными, что всегда является возможным риском и зависит от многих факторов — его понимания реальности, силы его «Я» и уровня тревоги.

Нередко подростки имитируют и идентифицируют себя с лицами ближайшего окружения. Это особенно существенно, когда идентификация происходит с тем, кто умер. Слишком тесная идентификация может привести к суицидальным попыткам. П. Блос (1967) отметил, что в возрасте начала полового созревания группа, в которой находится подросток, служит поддержкой для тех, у кого имеются недостатки, в особенности, если это относится к телесному образу. Чтобы преодолеть связанную с этим тревогу, подросток часто ставит себя в опасные ситуации так, как будто он проверяет себя, свое тело, из-за которого он обеспокоен. Подростки очень нуждаются в эмоциональной поддержке и возможности словесно выразить свою озабоченность так, чтобы неправильные представления о смерти могли быть откорректированы. В этом часто помогают сверстники и (или) взрослые, связанные с группой, — учителя, священники и лидеры молодежи. Большинство подростков имеют лучшие возможности по совладанию с переживаниями смерти близкого человека в сравнении с маленькими детьми. Они более способны преодолеть непосредственные трудности, связанные со смертью, переживать случившееся событие, отреагировать полностью и продолжать эмоциональную жизнь в соответствии с их зрелостью. Они играют более активную роль на похоронах и участвуют в поминках, помогают в таких мероприятиях, как сборы пожертвований на исследование и уничтожение определенных болезней. Их воспоминания и траур деятельны, они помогают им выжить и лучше справиться с горем.

Имеющиеся представления о реакциях детской психики на потерю близкого человека позволяют высказать некоторые общие соображения.

Отношение ребенка к смерти родителя определяется многими факторами: завершением формирования у него понятия смерти, эмоциональной зависимости от умершего, пола последнего, отсутствия или наличия поддержки других членов семьи, предшествующих психотравмирующих переживаний, степени зрелости личности ребенка и др.

Существуют обстоятельства, препятствующие возникновению реакции печали, нормальному ее течению, ее положительной роли в приспособлении к жизни без умершего родителя.

Потеря близкого человека может сказываться на состоянии психики ребенка (подростка) непосредственно после случившегося или по прошествии времени. Это могут быть преходящие расстройства или стойкие изменения личности. Знание всех этих обстоятельств — необходимое условие для предупреждения у детей тяжелых психических расстройств и помощи ребенку (подростков) непосредственно после смерти родителя и в течение значительного времени после утраты.

**Нервно-психическое здоровье детей и подростков после смерти родителей в отдаленном периоде**. Смерть матери или отца резко нарушает функции семьи в целом. Расстраивается здоровье и благополучие каждого ее члена. Положение семьи может осложниться материальными трудностями при потере отца-кормильца и отсутствием необходимой душевной поддержки при кончине матери. Потеря родителя тяжело переживается детьми любого возраста. В раннем возрасте дети, теряя мать или отца, заболевают аналитической депрессией. В старшем возрасте, начиная с 3,5-4 лет, смерть родителя сопровождается печалью, сходной с переживаниями взрослых. Процесс преодоления стресса у детей зависит от фазы психического развития, ранних психотравм, обстоятельств смерти родителя, изменения привычной обстановки, домашнего окружения, взаимоотношений в семье, наличия эмоциональной поддержки со стороны родных. Кроме того, физическое и психическое состояние родителя или другого члена семьи, продолжающего воспитание, также сказывается на их здоровье. Стресс потери родителя может вызвать тяжелую непосредственную реакцию, которая, продолжаясь, либо препятствует развитию личности, либо способствует возникновению нервно-психических расстройств.

Предупреждение возникновения нервно-психических расстройств в отдаленном периоде после потери ребенком эмоционально значимой фигуры во многом зависит от качества его воспитания членами семьи, пережившими смерть близкого человека, от организации его жизни и учебы. Облегчить сохранение психического здоровья ребенка, потерявшего родителя, может своевременное назначение психотерапии ребенку и его семье. Во многих случаях необходимо также своевременное применение соответствующих медикаментозных препаратов, как в первый период после потери, так и при первых признаках психосоматических или психических отклонений.

**Задание 2.** Больные дети – это самые уязвимые люди на зем­ле. Зачастую они не способны сформулировать свои потребности и полностью зависят от тех, кто ухаживает за ними, кто помогает им. Если эти помощники заняты, больны или отсутствуют, по­требности детей остаются неудовлетворенными или вовсе незамеченными. Мнением детей за­частую пренебрегают, если его вообще спраши­вают, однако дети гораздо больше знают о своей ситуации, чем нам кажется. Хотя принципы оказания паллиативной помощи детям те же, что и в отношении взрослых (целост­ный подход, пациент-ориентированная помощь, направленная на поддержание качества жизни), нужно помнить, что у детей есть особые потреб­ности, которые следует учитывать.

В таблице представлены основные положения паллиативной помощи детям. Обоснуйте важность этих положений.

|  |  |
| --- | --- |
| **Основные положения паллиативной помощи** | **Обоснование важности** |
| Дети – это не просто маленькие взрослые; у них есть свои особые потребности. |  |
| Дети тоже люди – у них есть мнения, которые нужно выслушать, и они могут делать выбор. Как правило, дети знают гораздо больше, чем мы думаем, и зачастую они более способны, чем нам кажется |  |
| Правда может принести им облегчение, даже если она так же тяжела, как и их тайные страхи. |  |
| Разговор с детьми помогает им выразить свои страхи, свою печаль и задать вопросы. |  |
| Знание правды дает им возможность делать выбор. |  |

**Задание 3.** Мы не можем оградить детей от тяжелых переживаний, но мы можем оказать им поддержку в их горе. Исходя из анализа предложенного к заданиям 1,3 теоретического материала и собственного житейского опыта, сформулируйте возможные ответы на трудные вопросы детей, а также укажите возраст ребенка, кому адресован ответ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы** | **Возраст ребенка** | **Ответы** |
| Смерть похожа на сон? |  |  |
| Ей там холодно? Что он будет есть? |  |  |
| Почему он умер? |  |  |
| Ты когда-нибудь умрешь? А я умру? |  |  |
| Он вернется? |  |  |
| Почему Бог позволил этому случиться? |  |  |
| Я сделал (или подумал) что-то плохое, что привело к смерти? |  |  |

***Теоретические материалы к заданию 3.***

**Общие правила общения с ребенком.**

 Относитесь к пациенту с уважением, будьте вежливы. Если ребенок достаточно взрослый, чтобы понимать, о чем вы говорите, обра­щайтесь не только к родителям, но и к ребен­ку.

 Ведите диалог с ребенком, а не просто свой монолог. Разговаривайте с ребенком, а не о нем.

 Устройтесь так, чтобы быть на одном уровне с ребенком – вы можете сесть рядом с ним на пол или встать на колени рядом с кроватью.

 Не перебивайте, проявите терпение.

 Избегайте слов, которые дети могут не

понять; это может зависеть от возраста ре­бенка.

 Заверьте детей, что они имеют право зада­вать вопросы.

 Никогда не преподносите слишком много информации.

 Никогда не лгите, потому что ложь разрушает доверие.

 Скажите членам семьи, что вы не станете ни­чего рассказывать ребенку без их разреше­ния, но что обманывать ребенка вы не будете.

**Трудные вопросы**

Как и взрослые, дети могут задавать вопросы, на­пример, такие: «Я поправлюсь?» или «Моя мама умрет?». На эти вопросы трудно отвечать, осо­бенно если вы не знаете, что им уже говорили или хотят сказать родители. Иногда полезно подумать над вопросом, чтобы понять, что дети уже знают и что их больше всего беспокоит.

Мы можем сказать:

 «Скажи, а почему ты спрашиваешь меня об этом?».

 «Ты спрашивал об этом маму/папу/бабушку? Что они сказали?».

 «Нам нужно поговорить об этом. Скажи мне сначала, что ты думаешь, а потом я тебе ска­жу, что думаю я».

Мы хотим, чтобы дети чувствовали, что они могут задавать любые вопросы, даже если мы не можем сразу дать на них полный ответ: «Это важный во­прос. Я хочу обсудить его, когда поговорю с твоей мамой».

Если родители не хотят, чтобы дети получали ин­формацию, мы можем рассказать им, что семье легче, когда все открыты для разговора, но, в кон­це концов, мы должны передать им ответствен­ность: «Это важный вопрос; ты уже говорил(а) об этом с родителями?».

**Особые навыки в общении с детьми**

 Как правило, разговоры на важные темы лучше вести в присутствии родителей или опекунов, за исключением случаев, когда ребенок хочет поговорить с вами наедине. Договоритесь с родителями или опекунами о разговоре с ребенком один на один.

 Прямой зрительный контакт может пугать ребенка. Дети чаще предпочитают разгова­ривать за игрой или рисованием.

**Задание 4. Проблема эмоциональной поддержки детей.** Даже больные дети должны играть и учиться. Это не только «отвлекающая терапия», это – часть нормального процесса их развития. Нам нужно найти новые формы игры, чтобы дети не испы­тывали слишком большой физической нагрузки, например, рисование или музыка вместо бега и прыжков. Пока возможно, дети должны продол­жать школьные занятия. Их нужно привлекать к участию в жизни семьи и их сообщества; возмож­но, они слишком больны, чтобы играть в футбол, но сидеть во дворе и наблюдать, таким образом, участвуя в происходящем, зачастую гораздо луч­ше, чем лежать дома в одиночестве.

Обоснуйте значимость различных аспектов эмоциональной поддержки детей, представленных в таблице

|  |  |
| --- | --- |
| Э**моциональная поддержка детей** | **Психологическое обоснование** |
| При возможности, ухаживайте за детьми в домашних условиях |  |
| Даже больные дети должны играть |  |
| Пока возможно, дети должны продолжать школьные занятия |  |
| Вовлекайте детей в жизнь семьи и сообщества |  |
| Оставьте место для духовной поддержки |  |
| Признайте различные реакции на утрату |  |
| Давайте им больше любви и уделяйте им больше внимания |  |

**Задание 5. Поддержка семьи**. Родители детей, потерпевших утрату, как правило, стал­киваются с четырьмя вопросами: Сообщать ребенку о смерти его близкого или нет? Включать его в процесс семейного оплакивания и в хлопоты, связанные с похоронами, или нет? 3. Брать его с собой на похороны или нет? 4. Вспоминать с ребенком умершего или нет? Сформулируйте возможные ответы, обоснуйте свое мнение. Для ответа обратитесь к теоретическому материалу, предлагаемому к заданиям 6, 7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы родителей** | **Возможные ответы** | **Обоснуйте, почему вы так считаете** |
| Сообщать ребенку о смерти его близкого или нет? |  |  |
| Включать его в процесс семейного оплакивания и в хлопоты, связанные с похоронами, или нет? |  |  |
| .Брать его с собой на похороны или нет? |  |  |
| Вспоминать с ребенком умершего или нет? |  |  |

**Задание 6**. Почитайте теоретический материал к заданиям 6, 7 о возрастных особенностях детского горя. Систематизируйте в таблицу эту информацию:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Возрастной период** | **Особенности детского горя** | **Психологические возрастные особенности ребенка, определяющие особенности горя** | **Учет возрастных особенностей детского горя в деятельности специалиста в паллиативной медицине** |
|  |  |  |  |

***Теоретические материалы к заданиям 6, 7.***

**Психологические особенности детского горя** (из книги С.А. Шефова «Психология горя»).

**Реакция детей на смерть близкого человека**. Часто этот факт остается для взрослых тайной за семью печатями. Ведь иногда они даже не знают, переживает ли ребенок утрату, а если да, то, как именно он ее переживает. Тем более неясно, чем можно ему помочь. Бывает и так, что реакция ребенка на утрату шокирует окружающих или, как минимум, приводит их в недоумение.

Несомненно, дети способны переживать и практически всегда переживают потерю близкого человека, только не всегда это происходит в явной и понятной для окружающих форме. Детскому горю в целом свойственны такие особенности, как отсроченность, скрытостъ, неожиданность, неравномерность.Ребенок может не проявлять немедленного горя, а острая реакция иногда откладывается на месяцы. В некоторых случаях настоящее осознание и переживание утраты приходит с большим запозданием и под воздействием какого-либо значимого события, например, еще одной потери, как это иллюстрирует представленный ниже случай из жизни. У ребенка могут отсутствовать явные проявления горя, такие как плач или словесное выражение эмоций, однако присутствовать признаки скрытого переживания утраты в виде действий, изменений поведения и невротических симптомов. Открытое выражение детского горя подчас оказывается неожиданным для окружающих: только что ребенок играл, резвился и вдруг «ударяется в слезы». Примечательно, что у детей горевание часто имеет волнообразный характер, когда всплеск эмоций и поток слез сменяются относительным успокоением или даже оживлением и моментами веселья. Дети переживают горе очень неравномерно и склонны выражать свою печаль от случая к случаю на протяжении длительного промежутка времени.

Иногда реакция на смерть домашнего животного накладывается на переживания смерти близкого человека и сама по себе yтрата домашнего питомца нередко вызывает самое настоящее горе. Значимость этого события для ребенка часто недооценивается взрослыми. По этому поводу R. Friedman и J. W. James проводят остроумную аналогию, говоря как бы устами родителей: «„Милый, мне грустно говорить тебе об этом, но твой отец умер прошлой ночью. Я не хочу, чтобы ты чувствовал себя плохо. В этот уик-энд мы достанем тебе нового папу". Абсурд. Однако как часто после того, как любимое животное умирает, любящие близкие из лучших побуждений произносят подобные „слова утешения" и направляются в мага­зин домашних животных?». По мнению указанных авторов, взаимоотношения с любимым питомцем так же особенны и неповторимы, как и взаимоотношения со значимыми людьми. Соответственно, и в том и в другом случае реакция на потерю будет зависеть от особенностей взаимоотношений с умершим близким человеком или животным. Если же ребенок в случае смерти животного слышит те самые «слова утешения», то это закладывает неудачную основу для будущих встреч с утратами и приводит его к убеждению, что замещение утраты — это хорошая идея. Данную идею ребенок может еще неоднократно услышать от родителей, например, когда заканчивается подростковый роман, — его призывают не чувствовать то, что он чувствует, а пойти и найти нового друга или подругу. R. Friedman и J. W. James показывают, как от замещения потери мы приходим к замещению чувств: «Когда ваша мама или ваш папа умирает, вы получаете первую половину сообщения: „Не чувствуй себя плохо", к которому обычно добавляют: „Он/она в лучшем месте". Вместо замещения утраты нам предлагают идею, что мы не должны чувствовать себя плохо, потому что с нашим любимым человеком все в порядке, и он находится в лучшем месте. Таким образом, мы просто замещаем одно чувство другим» (там же). Отсюда следует вывод, что непра­вильные идеи о переживании утраты (в том числе животного), воспринятые в детстве, вырастают в провальные установки по отношению к потерям, действующие на протяжении всей жизни. И напротив, смерть животного способна стать тем событием, которое поможет ребенку научиться правильно переживать утрату.

Если взрослые тем или иным способом не закрывают выход для естественных реакций детей на смерть близкого, то в большинстве случаев они имеют место быть. Впрочем, даже если старшие и препятствуют спонтанным проявлениям ребенка в ситуации семейного траура, его переживания и побуждения, как правило, все равно находят внешнее выражение, только в видоизмененной форме. Среди возможных детских реакций на утрату, следует отметить:

* Вопросы, интерес: бывает, что ребенок увлекается похоронной суетой, для него это что-то новое, непонятное. Взрослым предстоит отнестись лояльно к возможной «нетактичности» ребенка, понимая, что она не означает равнодушия к умершему. На вопросы следует отвечать честно и доступно, причем нужно быть готовым к повторяющимся вопросам об одном и том же, терпеливо объясняя все заново.
* Изменения в поведении: непослушание, агрессия, рассеянность, нарушение работоспособности — здесь требуется понимание и терпимость; неадекватность, странности в поступках и высказываниях (например, постоянные поиски пропавшей игрушки или выражаемое вслух желание перестать расти) — все это нужно замечать и стараться понять смысл.
* Невротические и психосоматические симптомы: повышенная возбудимость или физическое переутомление, нарушения сна и/или питания, энурез, головные и другие боли — в этих случаях бывает особенно необходима психологическая и психотерапевтическая помощь.
* Тревога, страх: в результате столкновения со смертью у ребенка нередко появляется боязнь умереть самому или потерять оставшегося родителя. Могут возникать и другие, на первый взгляд, «посторонние» страхи или неопределенное беспокойство. Взрослый должен быть готов встретиться с подобными переживаниями ребенка, помочь ему рассказать о своих страхах; может потребоваться и визит к психологу.
* Печаль, слезы: детское внешне выражаемое горе обычно довольно интенсивно, но непродолжительно. В такой момент особенно важно окружить ребенка душевным теплом, обнять, погладить по голове, дать почувствовать, что он не одинок, его любят и что плакать не стыдно.
* Чувство вины: оно достаточно распространено среди горюющих детей, так как может проистекать из разных источников. Смерть близкого иногда интерпретируется (особенно часто именно детьми) как результат собственного желания, что создает почву для самообвинения. В дополнение к этому могут быть и другие источники чувства вины:
* Как отмечает J.W. Worden (1991), дети могут воспринимать смерть близкого как наказание: «Мама умерла и покинула меня, потому что я был плохим». Помочь ребенку справиться с такой виной можно путем объяснения обстоятельств смерти близкого и подтверждения, что он всегда был и остается любимым.
* D. Myers указывает на еще один возможный источник чувства вины: оно может возникать у детей из-за того, что они ничего не чувствуют или не знают, что они чувствуют, в то время как все вокруг них печальны и расстроены.Детям нужно сказать, что это вполне нормально. Важно также продолжать спрашивать их о том, как они себя чувствуют, уже после похорон и в последующие дни, так как чувства могут прийти месяцами позже.
* В подростковом возрасте возможно возникновение чувства вины на специфической для этого возраста почве. Об этом пишет A.D. Wolfelt (1992): «Если родитель умирает в то время, когда подросток эмоционально и физически отталкивает его от себя, тогда часто возникают чувство вины и „незавершенные дела". Несмотря на то, что создание дистанции является нормальным, мы можем легко видеть, как это осложняет переживание скорби».

Многие болезненные переживания ребенка и нежелательные перемены в его поведении — вполне нормальная реакция на утрату, однако иногда детское горе принимает чрезмерные или деструктивные формы, что можно отнести к разряду патологии.Взрослых должны настораживать длительное неуправляемое поведение, полное отсутствие эмоций, слишком долгое или необычное горевание ребенка. Конечно, далеко не всегда удается провести четкую грань между нормальным и дисфункциональным горем. Чаще всего дело касается не столько качественных, сколько количественных различий: степени выраженности «симптомов» и продолжительности их существования. Зарубежные авторы перечисляют «сигналы опасности»,то есть те особенности детского горя, которые должны непременно обращать на себя внимание взрослых:

* резкое снижение школьной успеваемости, плохие отметки, несмотря на старание; настойчивый отказ посещать школу;
* упорное непослушание или агрессия (дольше шести месяцев), оппозиция авторитетным фигурам, нарушение прав других людей;
* частые и необъяснимые вспышки гнева, падения настроения; деструктивные способы выражения гнева;
* стойкая тревога или фобии, частые приступы паники; продолжительный страх оставаться одному;
* постоянные ночные кошмары, выраженные трудности засыпания и другие расстройства сна, отказ идти спать;
* гиперактивность, непоседливость (если раньше этого не было); поведение, свойственное намного более младшему возрасту, в течение длительного периода;
* множественные жалобы на физические недуги; несчастные случаи, лежание ничком (как самонаказание или способ привлечь внимание);
* употребление алкоголя или наркотиков;
* воровство, половая распущенность, вандализм, противоправное поведение;
* избегание разговоров и даже упоминаний об умершем или о смерти;
* чрезмерная имитация умершего, появление устойчивых симптомов его заболевания;
* повторяющиеся высказывания о желании соединиться с умершим;
* затянувшаяся депрессия, во время которой ребенок теряет интерес к окружающему, не способен справляться с проблемами и повседневными делами.

Форма реагирования ребенка на утрату и тяжесть ее переживания зависят от многих **факторов.**Одним из самых весомых является степень родства с умершим. Наиболее тяжелы потери родителей и братьев-сестер (сиблингов). Н. Freudenberger и К. Gallagher (1995) исследовали 24 ребенка в возрасте от 8 до 16 лет, потерявших родителя в младенчестве, детстве или отрочестве. По полученным данным, чувства брошенности и депрессии оказались двумя главными симптомами, которые выражали или переживали испытуемые. Тоска по умершему родителю сохранялась у них на протяжении всей жизни, а влияние травматичного опыта сказывалось на личностном развитии и жизнедеятельности. Другая особенно значимая утрата — смерть брата или сестры. По данным С. Hindmarch (1995) возраст умершего сиблинга и характер взаимоотношений с ним определяют степень тяжести потери. При этом переживание утраты и реакции горя могут быть поняты в терминах потери партнера по игре, союзника, друга или ролевого образца. С. Hindmarch приходит к мысли, что ключом к пониманию скорби о сиблинге служат вторичные потери надежности, внимания, уверенности и нормальности. Соответственно, стратегии психологической помощи должны строиться исходя из насущных для горюющего ребенка потребностей в информации, успокаивании, понимании, внимании и надежности. Помимо ощущения потери у детей, потерявших брата или сестру, многие авторы отмечают еще и чувство вины, проистекающее из соперничества с умершим сиблингом и из удовольствия от возросших внимания и заботы со стороны родителей.

Важнейшее условие нормального осуществления работы горя — хорошие взаимоотношения ребенка с умершим и с продолжающими жить близкими людьми. Многое зависит от способности остающихся рядом членов семьи восполнить утрату (насколько это возможно) душевным теплом и заботой, создать ощущение прочности семейных отношений. Мировоззрение ближайших родственников, степень их религиозности также влияют на восприятие случившегося ребенком. Большое значение имеют и обстоятельства смерти значимого Другого. Заметно тяжелее переживаются неожиданные утраты особенно несчастные случаи, убийства и самоубийства, тем более случившиеся на глазах у ребенка. Если его собственная жизнь при этом тоже находилась под угрозой, но он выжил, то психическая травма еще сильнее. Существенную роль в переживании ребенком утраты играют и такие факторы, его возраст, уровень психического развития, наличие и характер собственного опыта столкновения со смертью (в первую очередь опыта предыдущих потерь).

В разные возрастные периоды детское горе имеет свою специфику, но в то же время есть проявления, общие для разных возрастов. В своем реагировании на утрату ребенок по мере взросления постепенно приходит к взрослым способам восприятия и переживания потери. Конечно, дети даже одного возраста реагируют на смерть близкого по-разному, однако все же можно выделить наиболее характерные **возрастные особенности переживания горя детьми.**Новозеландские специалисты приводят эти особенности, рассматривая случай наиболее значимой утраты — смерть родителя:

1. *Возраст до двух лет.*Смерть родителя не может быть понята. Однако ребенок заметит отсутствие родителя и эмоциональные перемены в тех, кто о нем заботится. Даже маленький ребенок может стать раздражительным, более крикливым; могут измениться привычки питания; возможны расстройства кишечника или акта мочеиспускания.
2. *От двух до трех лет.*В возрасте около двух лет дети знают, что если люди отсутствуют в поле зрения, то их можно позвать или найти. Поиски умершего родителя — типичное выражение горя в этой возрастной группе. Может потребоваться время для того, чтобы ребенок осознал, что родитель не возвращается. Эти дети нуждаются надежном, стабильном окружении, поддержании заведенного порядка питания и сна. Им особенно необходимы внимание и любовь.
3. *От трех до пяти лет.*Понимание смерти в данном возрасте все еще ограничено. Детям этой возрастной группы нужно знать, что смерть не является сном. Им нужно мягко объяснить, что папа (мама) умер и никогда не вернется. Хотя периоды печали, вероятно, будут короткими, возможны проблемы с кишечником и мочевым пузырем, боли в животе, головные боли, кожные высыпания, падения настроения, возврат к прошлым привычкам (сосание пальца и др.). Ребенок может вдруг начать бояться темноты, испытывать периоды печали, гнева, тревоги, плача. С этого возраста дети могут также думать, что нечто из того, что они сделали или не сделали, могло стать причиной смерти (например, если не дал родителю игрушку, рисунок или подарок); их нужно уверить, что это не так. Детям важно знать, что о них будут заботиться и что семья останется вместе. Полезно вспоминать с детьми некоторые позитивные или особенные вещи, которые родитель делал с ними, такие как совместные игры, праздники и т. д.
4. *От шести до восьми лет.*В этом возрасте дети все еще испытывают трудности в понимании реальности смерти. Они испытывают чувства неопределенности и ненадежности, имеют склонность цепляться за живого родителя. Горюющие дети могут вести себя в классе не свойственным своему характеру образом, проявлять гнев в адрес учителей. Детей желательно подготовить к вопросам со стороны других людей, посоветовать им говорить просто: «Мой папа (или другой близкий человек) умер». Им нужно сказать, что это нормально — не вдаваться в подробности смерти родителя. Ребенок должен сам решить, кому он хочет открыться.
5. *От девяти до двенадцати лет.*Переживание утраты на данной стадии может приводить к чувству беспомощности — тому, что прямо противоречит в этом возрасте стремлению быть более независимым. У детей могут развиваться проблемы, связанные с идентичностью. Они могут скрывать свои эмоции, но, тем не менее, обижаться на замечания, сделанные в школе. Они могут не достигать ожидаемого образовательного уровня, драться в школе или бунтовать против авторитетов. Дети этой возрастной группы также могут пытаться принять на себя роль матери или отца. Это не должно поощряться, особенно эмоционально, но взрослым следует осознать, что «структура» семьи изменилась, и оставшимся членам семьи необходимо перегруппировать и отсортировать их правила, привычки. У ребенка должно быть достаточно времени для игры, спорта и досуга. Важно, чтобы у него были друзья его возраста. Горюющим детям нужно дать понять, что быть все-таки счастливым и радоваться текущим событиям — это нормально.

6. *Подростковый возраст.*Подростки часто поверяют свое горе и ищут помощи вне дома. Некоторые молодые люди чувствуют себя в изоляции, потому что ощущают, что друзья избегают их или смущаются и не знают, что сказать. Подростки могут вести себя несвойственным им образом. В крайних случаях они могут испытывать депрессию, убегать из дома, менять друзей, употреблять наркотики, становиться сексуально распущенными или даже иметь суицидальные тенденции. Подростки могут пытаться защитить оставшегося родителя, храня молчание о своих чувствах. Они могут нуждаться в «позволении» выражать то, что они думают и чувствуют, в поощрении здоровых путей высвобождения эмоций через спорт или культурную деятельность. Подросткам нельзя говорить, что они будут занимать место умершего родителя, скорее, им нужно помочь сфокусироваться на их потребностях, связанных с будущим, таких как образование или подготовка к работе. Старшие подростки будут ясно видеть, как смерть родителя влияет на семью и их собственную жизнь. Они могут думать, что они должны теперь заботиться о маме (папе) и других членах семьи. Тем не менее, им нужно помочь принимать решения, фокусирующиеся на их собственных потребностях.

Продолжая тему переживания утраты в подростковом возрасте, следует отметить, что стремление подростка поддерживать горюющих близких, помогать им, разделять с ними скорбь не должно игнорироваться, а тем более пресекаться из боязни, что оно может пойти в ущерб его интересам. Безусловно, очень важно, чтобы ребенку предоставляли возможность развивать­ся своим путем. Однако участие в семейном горе и забота о родных, когда они не затмевают собственных перспектив и не навязываются извне, не могут этому помешать, скорее, наоборот, помогут. С другой стороны, в подростковом возрасте распространенной реакцией на потерю является замкнутость, стремление к одиночеству. В таких случаях не стоит беспокоить ребенка, уединение бывает необходимо ему для совершения работы горя.

В процессуальном плане **детское горе так же, как и взрослое, проходит ряд стадий:**шок и оцепенение, отрицание, поиски, гнев, вина, страдание, реорганизация и завершение. Начальная шоковая реакция может иметь разные проявления: молчаливый уход, малоподвижность и заторможенность, автоматические движения, суетливая активность. В течение какого-то времени ребенок просто не в состоянии поверить в то, что больше никогда не увидит своего близкого. Поэтому вслед за этим он пытается его найти. А.Д. Андреева описывает стадию поиска и дальнейшее протекание детского горя: «Невозможность найти <умершего близкого> (вставлено *С.Ш.)*порождает страх. Иногда дети переживают эти поиски как игру в прятки, зрительно представляя, как умерший родственник входит в дверь. Отчаяние наступает, когда ребенок осознает невозможность возвращения умершего. Он вновь начинает плакать, кричать, отвергать любовь других людей. Только любовь и терпение могут преодолеть это состояние. Гнев выражается в том, что ребенок сердится на родителя, который его «покинул», или на Бога, «забравшего» отца или мать. Маленькие дети могут начать ломать игрушки, устраивать истерики, колотя ногами по полу, подросток вдруг перестает общаться с матерью, «ни за что» бьет младшего брата, грубит учителю. Тревога и чувство вины ведут к депрессии. Кроме того, ребенка могут тревожить различные практические вопросы: кто будет провожать его в школу, кто поможет с уроками, кто даст карманных денег?» В этих вопросах уже заложен толчок к реорганизации: ребенок задумывается о том, что изменится теперь в его жизни. А насколько удастся ребенку приспособиться к новым условиям после утраты — это во многом зависит от взрослых.

Перечисленные стадии детского горя имеют свои возрастные особенности, однако независимо от возраста сохраняются два общих момента: факт наличия динамики в переживании утраты и основная логика этой динамики. Автор теории привязанности и разлуки Дж. Боулби обнаружил, что уже на второй половине первого года жизни ребенок испытывает страдание в ответ на насильственное отделение его от матери. Примечательно, что описанный им синдром реакций на разлуку с матерью во временном плане «проходит ряд типичных стадий: протест, который заключается в энергичных попытках обрести вновь мать или человека, осуществляющего уход; отчаяние, которое характеризуется горем и рыданиями; и отчуждение, которое заключается в развитии различного рода защиты с целью компенсировать утрату. Согласно Боулби, в фазе протеста доминирующая эмоция — страх как реакция на одиночество. «Когда страх уменьшается, младенец может выказывать гнев, упрек за то, что случилось, и протест против того, чтобы это случилось снова». Когда ребенок, пройдя через горе, доходит до завершающей фазы, он переориентирует привязанность на других людей. Таким образом, даже в младенческом возрасте последовательность реакций на потерю во многом напоминает динамику горевания более старших детей и взрослых.

**Помощь горюющему ребенку.**Желая помочь ребенку, потерявшему близкого человека, имеет смысл учитывать общие принципы помощи в горе, рассмотренные в предыдущей главе. Особенно важно быть вместе с ребенком, поддерживать эмоциональный и физический контакт с ним, внимательно относиться к его состоянию и желаниям, честно отвечать на вопросы, проявлять терпение к негативным сторонам поведения, быть открытым чувствам ребенка и делиться с ним своими в приемлемой форме, соблюдая меру (чтобы не спровоцировать страх или отчаяние). Такова общая стратегия, а конкретные ее воплощения и действия в реальных жизненных ситуациях могут быть разными и зависят от того, кем ребенку приходятся взрослые.

*Родители*детей, потерпевших утрату, как правило, стал­киваются с *четырьмя вопросами:*

1. Сообщать ребенку о смерти его близкого или нет?
2. Включать его в процесс семейного оплакивания и в хлопоты, связанные с похоронами, или нет?

3. Брать его с собой на похороны или нет?

4. Вспоминать с ребенком умершего или нет?

Несмотря на сомнения, одолевающие многих родителей по поводу этих вопросов, в действительности все они имеют практически однозначный ответ «да». Решение каждого из четырех вопросов в отрицательную сторону чревато соответс­твующими неприятными последствиями:

1. В случае сокрытия случившегося обычно возрастает тре­вога, создается почва для страхов и недоверия к взрослым, так как ребенок, как правило, все равно ощущает утрату или даже догадывается о смерти близкого.

1. Исключенный из общего процесса, ребенок будет чувс­твовать себя покинутым, оставленным наедине со своими чувствами, что только усилит страдание от потери.
2. Если ребенок не присутствовал на похоронах, его отношения с умершим могут оказаться незавершенными, что нарушает работу горя; возможно также возникновение страхов.
3. Если взрослые избегают говорить с ребенком об умершем, то детское горе может быть не вполне прожитым, его «работа» остается незавершенной.

*В литературе описан****случай,****когда у девочки после смерти ее маленького брата возникло сильнейшее беспокойство: она боялась оставаться дома одна, везде включала свет. В разговоре с девочкой, которую не взяли на похороны мальчика, выяснилось, что она боялась наткнуться в квартире на труп. После того, как мама рассказала девочке, что брата похоронили, и о том, как это происходило, девочка успокоилась, страхи исчезли.*

Положительное решение четырех проблемных вопросов и реализация его в соответствующих способах поведения позволяет не только предотвратить указанные нежелательные последствия, но, в противовес им, добиться определенных позитивных результатов, а именно:

* облегчение проживания утраты, снижение психоэмоцио­нального напряжения;
* углубление взаимоотношений с близкими, эмоциональная поддержка друг друга;
* конструктивное освоение реальности смерти, расширение мировоззрения;
* приобретение важного жизненного опыта, выработка моделей поведения в случае смерти близкого человека;
* продолжение полноценной жизни, несмотря на испытание скорбью.

Участвуя в семейном трауре, дети, помимо всего прочего, познают то новое, неведомое и фундаментальное, с чем они сталкиваются в лице смерти близкого. О познавательной функции похорон и церковных обрядов пишут Р. Моуди и Д. Аркэнджел (2003), основываясь на данных зарубежных исследований: «Дети нередко усваивают основные понятия, касающиеся смерти, во время похорон и затем используют это знание, исследуя вопрос прекращения собственного существования. Исследования показали, что люди, страдая от тяжкой утраты, слишком эмоционально разбиты, чтобы, присутствуя на церковной службе по ушедшему, понять и принять хотя бы что-то из того, что говорит священнослужитель. Но, как оказалось, дети из опрашиваемой группы через четыре месяца могли повторить, что было сказано о сущности бытия. Через два года дети помнили подробности наиболее важных положений. Более того, спустя годы после похорон дети все еще помнили важнейшие понятия».

Поговорим о конкретных способах действия при разрешении каждого из указанных четырех вопросов.

1. Сообщение ребенку трагической вести представляет собой непростую задачу, требующую от взрослого душевной мягкости, сензитивности, терпения и мужества. Желательно, чтобы ее взял на себя близкий ребенку человек. Говоря о смерти, необходимо выражаться прямо, употребляя слове «умер». Фразы типа: «дедушка навсегда заснул» могут быть неверно истолкованы и стать источником невротических страхов. Для дошкольников могут потребоваться сравнения с прошлым опытом потерь (например, со смертью кошки), чтобы они сумели более-менее уяснить себе смысл случившегося. При этом, правда, возможно увеличение интенсивности эмоциональной реакции, и здесь нужно позволить ребенку выразить свои чувства во всей их полноте, насколько он к этому готов. Очень важно также установить тактильный контакт с ребенком (посадить к себе на колени, обнять, приласкать).
2. Пожалуй, самый нежелательный для ребенка вариант в дни, предшествующие похоронам, — это быть забытым, предоставленным самому себе и своим переживаниям. Поэтому необходимо сделать все, чтобы он чувствовал себя любимым, находился в контакте с близкими ему людьми. Несмотря на собственные переживания и массу хлопот, взрослым нужно постараться найти в себе силы заботиться и о ребенке (как обычно): кормить, укладывать спать и даже, возможно, не­много поиграть — для него так важно ощущать, что жизнь продолжается. Если позволяет возраст и если ребенок не отказывается, полезно подключить его к общим делам, связанным с похоронами, поручив ему то, что он в состоянии выполнить. В то же время нельзя перегружать ребенка делами и требовать от него взрослого поведения.
3. Участие в похоронах — одна из важных предпосылок работы горя, оно помогает ребенку признать реальность утраты, осознать, что умерший не вернется. В то же время «последние проводы» будут выполнять свою позитивную функцию только в том случае, если ребенок внутренне готов к такой церемонии. Поэтому, прежде всего, стоит удостовериться в том, что ребенок действительно хочет (согласен) участвовать в погребении. Если он не хочет идти на похороны, то ни в коем случае нельзя его заставлять или вызывать по этому поводу чувство вины. Лучше спросить ребенка, почему он не хочет, и дать возможность рассказать о своих чувствах. D. Myers отмечает, что «если ребенок сильно настаивает на том, что он не хочет идти на похороны, то это является сигналом, что он очень встревожен и находится в замешательстве. Дети обычно бывают увлечены похоронами и в большинстве случаев хотят быть включенными в ритуалы как часть семьи». Поэтому в случае резкого отказа рекомендуется поговорить с ребенком о том, что его беспокоит в связи с похоронами, и прояснить возможные неправильные представления и страхи, после чего ребенок может почувствовать готовность попрощаться с умершим.

Если ребенок выражает действительное желание участвовать в «проводах», то имеет смысл доступно и одновре­менно прямо объяснить, что там будет происходить, включая процедуру погребения. Ребенок должен заранее знать, что на похоронах люди могут плакать и даже кричать и что это нормально. Во-первых, эти объяснения помогут подготовить ребенка, уберечь его от возможных психотравмирующих неожиданностей, во-вторых, может снизиться имеющаяся тревога, связанная с похоронами, в-третьих, это еще один шаг на пути понимания смерти.

D. Myers советует найти взрослого человека, который мог бы находиться с маленькими детьми во время похорон. Они могут потерять интерес к происходящему через короткое время или устать, и тогда кому-то нужно будет вместе с ними покинуть церемонию. Имеет смысл и самим детям сказать, что они не обязаны оставаться на похоронах, если они этого не хотят. Они могут выйти с взрослым на улицу и прогуляться или поиграть. Myers рекомендует также обращать внимание на то, что говорят ребенку другие взрослые, так как их слова могут не только помогать ему, но и приводить в замешательство. «Другие взрослые и даже родственники могут говорить детям, как им себя чувствовать, например: „Будь храбрым и сильным". Они также могут подавать идеи, как следует себя вести, например: „Не плачь", или: „Будь особенно хорошим для твоей матери в эту неделю — она только что потеряла своего отца". Они могут также иметь мысли по поводу того, каких действий со стороны ребенка мог бы хотеть умерший, например: „Твой отец не хотел бы, чтобы ты плакал о нем". ...Дети и подростки могут приходить в замешательство, когда одна часть советов существенно отличается от другой. Один взрослый может сказать: „Будь сильным и не плачь", в то время, как другой может сказать: „Плакать — это хорошо", или: „То, что мы плачем, означает, что мы любили твоего отца и будем очень скучать по нему". Вам нужно осознавать эти конфликтующие сообщения, чтобы суметь помочь ребенку понять, почему взрослые чувствуют по-разному, и помочь ему самому чувствовать себя удобно в своем поведении». Важно содействовать разрешению возникшего противоречия в конструктивную сторону, предоставляя ребенку право вести себя естественным образом в согласии со своими собственными чувствами и желаниями.

Относительно участия детей в похоронах обычно не ставят каких-либо строгих возрастных ограничений. Считается, что уже с возраста двух с половиной лет дети способны понять идею прощания. При этом можно предложить ребенку попрощаться с умершим каким-нибудь особенным способом — например, поместить в гроб памятный подарок: рисунок, письмо или цветок. Отмечается также, что «после церемонии дети могут в игре воспроизводить ритуал похорон и/или притворяться больными или умирающими. Это проигрывание болезни и похорон является вполне нормальным».

4. Умерший близкий человек навсегда уходит из жизни ребенка, но это не значит, что он должен уйти из его памяти. Напротив, будучи значимым при жизни, он после смерти должен занять определенное место в душе ребенка, не отвлекая его, однако, от реальности. Соответственно, взрослым не следует оставлять без внимания, адресованные им вопросы и высказывания об умершем. Можно и со своей стороны вопросами пробуждать в ребенке воспоминания о близком: «Ты помнишь, как вы с ним запускали воздушного змея?» Желательно время от времени вслух вспоминать о покойном, например, о том, что ему нравилось («Это было его любимое блюдо»), об интересных моментах его жизни (особенно из детства), продолжать взаимно делиться чувствами. Посещая кладбище, ребенка стоит пригласить с собой, но не настаивать, если он отказывается. Можно привлечь его к оформлению памятного фотоальбома, а в годовщину смерти в той или иной форме нужно вместе почтить память умершего.

К рассмотренным вопросам, которые обычно сами собой встают перед родителями в ситуации утраты, часто добавляется масса вопросов со стороны ребенка.С. Bech дает меткую характеристику детских вопросов по поводу смерти близкого и настраивает родителей на встречу с ними: «Дети задают вопросы в очень прямых формулировках. Они могут говорить не столько о чувствах, сколько о более конкретных обстоятельствах. Может быть, они спросят, на что похож гроб изнутри, страшно ли и одиноко ли лежать в земле, холодно ли и темно ли там внизу. Важно быть готовым к этим вопросам. Если они заставляют родителей испытывать дискомфорт, ребенок заметит это и перестанет спрашивать. Ребенок будет наблюдать, позволяются ли эти виды вопросов и какую реакцию они вызывают. Помните, что дети не сидят и не обсуждают часами определенную тему до конца. Они будут бегать и задавать какие-нибудь из тяжелейших в мире вопросов. Это оставляет мало времени на то, чтобы продумать ответы. Через пару минут они могут захотеть опять пойти играть на улицу. Важно поймать момент. Говорите с детьми об интересующих их предметах, когда они того хотят. Для них вполне естественно менять тему разговора и затем возвращаться к ней спустя какое-то время».

Канадский специалист С. Byrne советует родителям, какую избрать тактику по отношению к детским вопросам о смерти близкого: «Как родитель, вы можете взять на себя лидерство и объяснить, что, хотя вы не можете всего знать о смерти, вы попытаетесь ответить на вопросы ребенка, насколько сможете. Вы лучше всех знаете своего ребенка. Вы почувствуете, как много ответов и насколько много деталей просит ребенок. Вы можете попросить своего ребенка повторить, что вы сказали, потому что вы „хотите быть уверены, что объяснили правильно".

Вообще, религиозным людям рекомендуют делиться с детьми своими убеждениями, так как это помогает им обрести ответы на волнующие вопросы, связанные со смертью близкого. Причем найденные в словах родителей ответы могут оказаться важными для ребенка и в настоящем (в ситуации утраты), и в будущем.

Коснемся также некоторых общих моментов, важных для *общения с горюющим ребенком.*Считается общепризнанным, что родителям и другим родственникам желательно говорить с детьми о постигшем семью горе, позволять им видеть свою печаль, делиться с ними чувствами. Иногда у старших членов семьи возникает желание защитить детей от горя и страдания посредством молчания. Однако если они скрывают свои переживания, ребенок может подумать, что горе неприемлемо. В то же время, говоря о своем горе, надо учитывать, что дети не в состоянии вынести в полном объеме весь груз боли, испытываемой взрослыми, поэтому С. Byrne советует: «Постарайтесь сохранить время для игры и беседы без упоминания об умершем. Сбалансируйте, насколько сможете, разделение печальных чувств и совместные более приятные дела». Ребенку требуется не только знать о болезненных чувствах, переживаемых близкими, но и ощущать на себе положительные эмоции с их стороны. Необходимо, чтобы они продолжали выражать свою любовь к нему — для детей так важно в период траура чувствовать себя значимыми и любимыми.

Взаимоотношения с детьми в период после смерти члена семьи, особенно если умерший — ребенок (то есть брат или сестра), имеют свои подводные камни. Наталкиваясь на них, взрослые иногда соскальзывают на различные *варианты неконс­труктивного общения*с горюющим ребенком. От некоторых из них предостерегает J. W. Worden (1991):

* Люди склонны идеализировать умершего близкого, поэтому, разделяя горе с детьми, родители могут сравнивать их с умершим, навешивая тем самым нереалистичные ожидания. Необходимо избегать сравнений с умершим, так как это чревато возникновением у ребенка чувства собственной никчемности и усилением вины выжившего.
* Понятно, что потеря ребенка может вызвать сильное беспокойство о других детях. Однако родители должны не поддаваться тенденции излишне опекать оставшихся детей или подавлять их стремление к самостоятельности.

Такова тактика поведения родителей и других родственников в общении с ребенком, переживающим утрату. То же самое стоит иметь в виду и другим взрослым при встрече с горюющим ребенком. С их стороны требуются, прежде всего, внимание, терпение, забота и сочувствие. Вместе с тем не каждая форма выражения сочувствия оказывается полезной для ребенка. Иной раз со стороны взрослых можно услышать сердобольные жалостливые высказывания, наподобие: «Бедненький, один ты теперь остался». Услышав такие слова, ребенок может почувствовать себя еще более одиноким и несчастным. Забота не должна быть гипертрофированной или навязчивой, самое главное — чтобы она отвечала действительным потребностям ребенка.

*Профессионально-психологическая помощь*горюющим детям в определенной мере отличается от аналогичной помощи взрослым. Это отличие обусловлено в основном тем, что дети не в состоянии осмыслить случившееся несчастье на том уровне, на каком способны это сделать взрослые. Соответственно, роль бессознательных процессов в переживании горя ребенком существенно больше по сравнению с взрослыми. Данное отличие постепенно сглаживается по мере взросления, но, как правило, сохраняется вплоть до подросткового периода. Один из вариантов бессознательной переработки утраты и вызванных ею реакций — это проживание их во сне.

**Задание 7.** Когда человек умирает, его семья и друзья переживают тяжелую утрату. Они горюют об утрате чего-то очень ценного в их жизни. Переживание утраты может начаться до наступления смерти. Психологи исследовали процесс переживания тяжелой утраты и описали ряд реакций, свойственных этому процессу. Каковы действия специалиста при наличии таких реакций у окружающих пациента? Свои ответы внесите в таблицу

|  |  |
| --- | --- |
| **Реакции, свойственные процессу переживания тяжелой утраты** | **Действия специалиста** |
| Шок или отрицание |  |
| Острая тоска и душевное страдание. |  |
| Гнев |  |
| Неотступные мысли и чувства об утраченном |  |
| Депрессия, утомляемость, утрата интереса к жизни |  |
| Принятие и выстраивание планов на будущее |  |

**Задание 8.** Объясните, почему для многих взрослых людей, чувствующих, что их жизнь подходит к концу, духовные вопросы очень важны? Прочитайте типичные вопросы пациентов и предположите, какие потребности и мотивы вызывают их. Сформулируйте возможные ответы.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы пациента** | **Какие потребности и мотивы вызывают вопрос** | **Возможные ответы специалиста** |
| Что случится, когда я умру, – есть ли жизнь после смерти? |  |  |
| Почему я заболел? Может быть, Бог меня наказал? |  |  |
| В чем была ценность моей жизни? |  |  |

**Задание 9.** Какое психологическое значение при поддержке членов семьи неизлечимо больного пациента имеют следующие рекомендации:

|  |  |
| --- | --- |
| **Рекомендации по поддержке членов семьи** | **Психологическое значение рекомендации** |
| Оцените по достоинству их нелегкий труд и похвалите их за то, что они все так хорошо делают |  |
| Избегайте обвинений и упреков в их адрес, если уход не очень хороший – поймите их трудности и попробуйте найти путь улучшения ухода за ребенком |  |
| Привлекайте их к участию в принятии решений – они партнеры по оказанию помощи больному |  |
| Поощряйте их к тому, чтобы они распределяли между собой работу по уходу за пациентом |  |
| Не забывайте уделять внимание родным братьям и сестрам |  |

**Задание 10.** Охарактеризуйте суть и выявите помогающий потенциал методов и методик психологической работы с детьми и подростками в паллиативной медицине (методы арттерапии, сказкотерапии, анималотерапии, игровой терапии, символлрамы и др.)

**Задание 11.** Прочитайте интервью с паллиативным психологом и ответьте на вопросы: каковы основные задачи психологической помощи детям в области паллиативной медицины? Какие проблемы могут возникнуть у специалиста при оказании паллиативной помощи?

**Паллиативный психолог: тот кто умеет ничего не ждать.**

08.11.2016 / [**Евгения ВЛАСОВА**](https://www.miloserdie.ru/auctor/evgeniya-vlasova/) **https://www.miloserdie.ru/article/palliativnyj-psiholog-tot-kto-umeet-nichego-ne-zhdat/**

#### Психолог респиса и детской выездной паллиативной службы при Марфо-Мариинской обители Мария Фролова рассказывает, как психолог может помочь даже самым тяжелым детям

**— Маша, работа паллиативного психолога – это, наверное, что-то особенное? Неслучайно же этому учат на отделении специальной психологии.**

— На паллиативных психологов специально не учат, но в этой работе действительно есть свои особенности. Кроме знания возрастной психологии, я должна понимать, как на ребенка влияет ход тяжелой неизлечимой болезни. Моя основная цель — помочь ему адаптироваться к своей ситуации, научить его поддерживать максимально возможный контакт с миром.

У нас в [респисе](https://www.miloserdie.ru/friends/about/respis-dlja-tjazhelobolnyh-detej/)очень разные дети. Тех, кто может играть, я обязательно вовлекаю в игру. Многим кажется, что игра – это нечто врожденное, присущее всем в определенном возрасте. Ничего подобного! Игра не берется ниоткуда. Чтобы ребенок научился манипулировать игрушками,  строить сюжетную линию в игре, он должен получить какой-то жизненный опыт. А откуда взять этот опыт, когда все дни напролет проводишь в четырех стенах? Поэтому я очень люблю вывозить наших детей «в мир». Просто выехать в сад обители, потрогать листочки, сравнить их на ощупь – один жесткий, другой мягкий, третий шершавый – это уже впечатление. А уж если выйти за стены обители и проехаться по улице… У нас поблизости есть прекрасное место — Музей пряника. Мы там завсегдатаи. Кстати, большое спасибо его сотрудникам за гостеприимство, за дружбу, за помощь. Нам там всегда рады. И вот мы приходим, усаживаемся за стол, раскрашиваем пряники, общаемся. Приходят другие посетители, садятся рядом. Ребенок, замкнутый в «коконе» своих ограничений, на время выходит из него, получает новый опыт. Потом, оказавшись снова в своей привычной ситуации, в своем мире, он сможет возвращаться в памяти к пережитым событиям и ощущениям.

У нас есть подопечная, 14-летняя девочка Лиля с тяжелой формой ДЦП. У нее эта потребность в общении очень ярко выражена. И вот мы время от времени устраиваем ей какое-нибудь приключение – то прогулку по новым местам, то посиделки в кафе. Несколько раз в год Лиля ложится в респис. Для нее это очень счастливое время, наполненное событиями и впечатлениями, это тоже выход в мир.

**— Но ведь есть дети, которые в силу своей болезни не могут общаться, играть, выезжать на прогулки. Иногда ребенку вообще не до внешнего мира. В таких случаях у психолога тоже могут быть какие-то задачи, или он здесь лишний?**

— В каком бы тяжелом состоянии не находился ребенок, он реагирует — настолько, насколько ему позволяет недуг. Иногда ему трудно или невозможно выразить свою реакцию, но это не значит, что ее нет.

У нас в респисе недавно лежал мальчик в тяжелом состоянии, Ванечка. У него был небольшой участок на руке, который отзывался на прикосновения. Только небольшой участок, к которому можно было прикоснуться, не причиняя боль. Я приходила, звала его, гладила ручку, иногда он реагировал улыбкой, и я понимала, что мы можем взаимодействовать. А иногда он убирал руку от моего касания, и я понимала, что ему больно и все, что я могу сейчас сделать, — это просто побыть с ним рядом.

**— Пока Ваня лежал в респисе, родители отдыхали. Дать родителям эмоциональную передышку — это тоже входит в ваши задачи?**

— Все зависит от ребенка. Конкретно в Ванином случае родителям действительно нужно было набраться сил. У человека же ресурсы не бесконечны. Когда день за днем ухаживаешь за тяжелобольным ребенком, обязательно нужно находить возможность восстанавливаться.

**— Маша, вы-то сами как восстанавливаетесь? Ведь вы тоже день за днем работаете с больными детьми.**

— У меня в этом плане все хорошо. Я люблю детей, мне с ними радостно. Учусь радоваться даже маленьким победам, дорожить текущим моментом, жить здесь и сейчас. Пришла в респис, вижу, что ребенок в хорошем настроении — и мы общаемся, нам радостно. А как будет завтра – будет видно завтра. Конечно, у меня есть план работы на каждый день, но я никогда не жду, что этот план непременно удастся выполнить. Нужно быть готовой вносить коррективы по ходу. Если ничего не ждать, то и разочаровываться не придется, и легче будет сосредоточиться на реальных потребностях ребенка.

Я вам про Ваню расскажу. Однажды мы в коридоре рядом с его комнатой  играли с другим мальчиком. Сиделка заметила, что Ваня заинтересовался и ухом поворачивается к двери, и попросила нас переместиться к нему в палату. Я заглянула к Ване и говорю: «Ага, Ванька, ты, оказывается, подслушиваешь?!» Вы бы видели его улыбку от уха до уха! Понимаете, он откликнулся на мои слова! Он включился в общение! Вот это и есть мой источник вдохновения.

**— И все-таки работа с тяжелобольными детьми – это стресс, как ни крути. Нужно где-то черпать силы. Что вас поддерживает?**

— Главная поддержка для меня — вера. Не представляю, на что бы я опиралась, если бы у меня ее не было. В самом начале своей работы я общалась с Фредерикой де Грааф из Первого московского хосписа. Она говорила, что в нашей работе нужно оставлять место Богу. Я часто вспоминаю этот совет. Что я могу сама по себе? Я обычный человек, у меня не всегда хватает таланта сымпровизировать, придумать что-то по ситуации, найти нужные слова, поступать правильно. И вот я иду к ребенку и прошу: «Господи, я не знаю, что сейчас будет. Помоги, разреши ситуацию так, как Ты хочешь». Там где мы своими силами не справляемся, нужно просто доверять решение Богу.

**— Нравится вам такая работа?**

— Да, это счастье, что Господь меня сюда привел. Я всегда хотела заниматься с особыми детьми. С обычными детками и без меня есть кому работать. А здесь… Здесь я чувствую себя на своем месте.

**Задание 12.** Рассмотрите фотографии, и определите, какие клинические и психологические аспекты оказания паллиативной помощи отражены на них (все фото взяты из открытых интернет-источников)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **клинические аспекты помощи** | **психологические аспекты помощи** |
| 2 |  |  |
| masha6 |  |  |
| 13912834_1241765115863389_7501958980534411690_n |  |  |
| 20160823_180214 |  |  |
| masha4 |  |  |
| https://zvzda.ru/wp-content/uploads/f3686c153fd85b29eb769ef0348a3a58.jpeg |  |  |
| http://belarusfacts.info/upload/photos/photo_politika/hospice_2.jpg |  |  |
| https://static.wixstatic.com/media/232628_614897b951124d4482c15d15d8c20584.jpg |  |  |
| https://region.center/source/VLADIMIR/Emelyanova/Palliativnaya-pomoshh.jpg |  |  |
| http://www.ug-pansionat.ru/images/ukhod-za-pozhilymi-lyudmi-v-krasnodare.jpg |  |  |
| http://sonko.samregion.ru/sites/default/files/news/photos/hospis_aprel.jpg |  |  |
| https://cdn22.img.ria.ru/images/56575/51/565755129_0:0:600:340_600x0_80_0_0_f4249ae8f510cc86fadfe7bfb63618a1.jpg |  |  |

**Задание 13.** Сформулируйте три вопроса, которые бы вы задали бы паллиативному психологу? Предположите содержание его ответов. Оформите свой ответ в форме таблицы.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Вопросы паллиативному психологу** | **Возможные ответы психолога** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

Поразмышляйте, как специфика ваших вопросов и ответов отражает ваши внутренние страхи, связанные с паллиативной помощью?

**Задание 14.** Несмотря на множество индивидуальных особенностей, существуют общие типы реагирования на известие о приближающейся смерти. Большинство исследователей фиксируют несколько основных психологических реакций больного, рассматриваемые как фазы адаптации больного к экстремальной ситуации близкой смерти. Определите их по описанию:

1) Сознание больного наполнено картиной неотвратимой гибели, психическая боль этой стадии трудно описуема. Частые словесные определения - «все оборвалось», «сердце остановилось», «я заледенел», «информация ударила, как топор по голове: и т. д. Пациент зовет на помощь, требует срочно что-нибудь сделать, чтобы удержать жизнь, мечется, рыдает, проклинает всех и все...

2) У больного возникают спасительные мысли о врачебной ошибке, о возможности нахождения чудотворных лекарств или целителя. Нарушения сна со страхом уснуть и не проснуться, и страх темноты и одиночества, явления во сне «покойников», ситуаций угрозы жизни.

3) Полученная информация признается и личность реагирует поиском причины и виноватых. Протест против судьбы, негодование на обстоятельства, ненависть к тем, кто, возможно, явился причиной болезни, — все это выплескивается наружу.

4) Больной вступает в переговоры за продление своей жизни, обещая, например, стать послушным пациентом или примерным верующим.

5) Чувства обиды и вины, раскаяния и прощения перемешиваются. В попытках оплакивать себя, составить завещание пациент ищет надежду на прощение и пытается что-то исправить. Больные не разрешают заглянуть в свой внутренний мир и отделываются от участливых вопросов обычным: «ничего».

6) Момент качественной переоценки физических, материальных и духовных истин. Осознание смысла жизни, не всегда определяемое словесно, успокаивает больного. Он не клянет свою судьбу, и принимает все обстоятельства болезни и своего существования.

**Задание 15. Решение ситуационных задач.**

**Задача 1.**У четырнадцатилетней девочки умер дед. Первое время ей никак не верилось в то, что произошло. Ее сознание как будто оказалось закрытым для случившегося. Примерно через неделю после смерти деда почти каждую ночь девочке стали сниться сны. В первый раз ей приснилось, что дед находится в той же квартире, что и она, только где-то в другой комнате. Она его не видит, но слышит его шаги и знает, что это он. На этом моменте девочка испугалась и проснулась. В данном сновидении доминирующей эмоцией, как мы видим, является страх, что, в общем-то, неудивительно для подросткового возраста. Именно в пубертате дети начинают осознавать свою смертность, поэтому их может пугать все, что о ней напоминает. Во втором сновидении происходит то же самое, что и в первом, только дед уже появляется в поле зрения и общается с сестрой, после чего девочка опять-таки просыпается. В следующий раз все повторяется заново, только теперь дед обращается к сновидице с вопросом. Наконец, снится еще один сон, в котором девочка уже спокойно общается с дедом. После этого подобные сны прекратились, к девочке пришло успокоение, а дед стал *восприниматься на самом деле как покойник.*

**Вопросы:** какие возрастные особенности реакции на смерть отражены в этой ситуации? Почему девочке стал сниться умерший дедушка? Какую функцию выполняли сны в данной ситуации?

**Задача 2.**У девочки умерла бабушка, однако по поводу этой утраты не возникло сколь-нибудь значимых переживаний, несмотря на то, что они жили под одной крышей и были достаточно близки друг к другу, Даже на похоронах внучка оставалась, по ее воспоминаниям, спокойной, почти равнодушной. Но вот проходит три года, и в доме умирает собачка (почти член семьи). На сей раз реакция последовала бурная: девочка сильно горевала, много плакала. Казалось бы, ситуация перевернута с ног на голову: смерть близкого человека переживается меньше, чем смерть собаки. Конечно, такое в жизни иногда бывает, но в данном случае это не совсем так. По словам самой девушки, две утраты каким-то образом связались у нее друг с другом.

**Вопросы:** как утрата собаки повлияла на осознание и переживание потери бабушки? Почему? Почему у девочки не возникли переживания после смерти бабушки?

**Задача 3.**Мальчик похоронил свою собаку, водрузив крест над могилой, и повесил на него две банки консервов. Он это проделал, решив, что мертвая собака только менее жива и может еще стать голодной.

**Вопросы:** определите возраст ребенка. Какие возрастные особенности ребенка отражены в подобном отношении к смерти?  Какую роль в психическом развитии ребенка играет подобный ритуал?

**Задача 4. Р**еакция 4-летней девочки на смерть сестры, умершей от лейкемии, проявлялась разнообразными эмоциями: от печали до повышенного настроения.

**Вопросы:** Какие возрастные особенности ребенка отражены в подобном отношении к смерти? В чем возможные причины таких реакций? Каковы должны быть действия родителей в подобной ситуации?

**Задача 5.** Возникновение мыслей о смерти у ребенка 9 лет оказалось связанным с потрясением, пережитым из-за госпитализации одноклассника с опухолью. Столь сильное впечатление изменило и психическое и физическое состояние ребенка. На приеме у педиатра он с трудом поддавался разубеждению в том, что у него нет ничего серьезного, кроме нерезко выраженного синусита.

**Вопросы:** Какие возрастные особенности ребенка отражены в подобном отношении к тяжелой болезни? В чем возможные причины таких реакций? Каковы должны быть действия взрослых в подобной ситуации?

**Задача 6.** Девочка, ученица второго класса, заявила, что ненавидит свою умершую маму за то, что она умерла и оставила ее одну. Когда одноклассник девочки, между прочим, рассказал об этом своей маме, та была сильно поражена: «Как вообще про маму можно такое говорить?!» Вероятно, женщина восприняла слова девочки буквально — как выражение резко негативных чувств к своей покойной матери.

**Вопросы:** В чем возможные причины таких реакций? Каковы должны быть действия взрослых в подобной ситуации?

**Задача 7.** За онкологическим пациентом ухаживают дома. От госпитализации он отказался. На данный момент пациент испытывает трудности при приёме пищи, даже небольшое количество кефира или молока может спровоцировать рвоту. Проглотить твёрдую пищу он не в состоянии. Для поддержания сил пациенту требуется полноценное сбалансированное питание. Лечащим врачом даны рекомендации на приобретение специальных комплексных препаратов, содержащих аминокислоты, микроэлементы, витамины. Жена интересуется у участковой сестры способом приёма этих препаратов, не знает, разводят их как детское питание или подвергают термической обработке. Она готова самостоятельно вводить питательную смесь через кишечник, для того чтобы муж не умер от истощения.

**Вопросы:**

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.

2. Определите проблемы пациента, родных.

3. Определите цель сестринского вмешательства.

**Задача 8.** Боль – субъективное явление, с трудом поддающееся объективной оценке. Тем не менее, правильная первичная и последующая динамическая диагностика, включающая анализ жалоб и оценку поведенческих характеристик, позволяет оценить состояние пациента и эффективность лечения.

**Вопросы:**

1) Опишите способы элементарного диагностического тестирования, которые могут быть использованы для оценки интенсивности хронической боли.

2) Что такое «болевое поведение»?

3) Какое диагностическое значение имеет наличие «болевого поведения» у пациента?

4) Перечислите и опишите обязательные составляющие «болевого поведения» пациента с хронической болью.

*Тестирование:*

**1.ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ:**

1. принципы оказания паллиативной помощи детям такие же, как принципы оказания паллиативной помощи взрослым

2. принципы оказания паллиативной помощи детям отличаются от принципов паллиативной помощи взрослым

3. принципы оказания паллиативной помощи зависят от возраста ребенка

4. принципы оказания паллиативной помощи зависят от тяжести состояния ребенка

5. принципы оказания паллиативной помощи зависят от особенностей заболевания ребенка

**2.ДЕТСКОЕ ГОРЕ ПРОХОДИТ СТАДИИ:**

1. шок и оцепенение, отрицание, поиски, гнев, вина, страдание, реорганизация, завершение

2. отрицание, гнев, страдание

3. шок и оцепенение, отрицание, гнев, вина

4. шок и оцепенение, отрицание, страдание, завершение

5. отрицание, страдание, реорганизация, завершение

**3.В ПРОЦЕССУАЛЬНОМ ПЛАНЕ ДЕТСКОЕ ГОРЕ:**

1. проходит те же стадии, как и взрослое

2. характеризуется прохождением особенных стадий

3. трудно выделить стадии прохождения детского горя

4. проявление стадий зависит от семейных отношений

5. проявление стадий зависит от тяжести заболевания

**4.СТАДИЯ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМАЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО** **ЧУВСТВО ОТРЫВА ОТ ЖИЗНИ, НЕГОТОВНОСТЬ ПРИНЯТЬ ПОТЕРЮ:**

1. **шок, оцепенение, неверие**

2. боль

3. **отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать)**

4. **разрешение и перестройка**

5. **принятие (осознание смерти)**

**5.СТАДИЯ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМАЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ОСОЗНАНИЕ ТОГО, ЧТО УМЕРШИЙ НЕ ВЕРНЕТСЯ; МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ЗЛОСТЬЮ, ВИНОЙ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬЮ, БЕСПОКОЙСТВОМ, ЧРЕЗМЕРНОЙ ПЕЧАЛЬЮ :**

1. **отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать)**

2. боль

3. **шок, оцепенение, неверие**

4. **разрешение и перестройка**

5. **принятие (осознание смерти)**

**6.СТАДИЯ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМАЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО МЫСЛЕННОЕ ОСОЗНАНИЕ НЕИЗБЕЖНОСТИ ПОТЕРИ ЗАДОЛГО ДО ТОГО, КАК ИХ ЧУВСТВА ДАДУТ ИМ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИНЯТЬ ПРАВДУ:**

1. **принятие (осознание смерти)**

2. боль

3. **шок, оцепенение, неверие**

4. **отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать)**

5. **разрешение и перестройка**

**7.СТАДИЯ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМАЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ВОСПОМИНАНИЕ ОБ УМЕРШЕМ БЕЗ ВСЕПОГЛОЩАЮЩЕЙ ПЕЧАЛИ:**

1. **разрешение и перестройка**

2. боль

3. **шок, оцепенение, неверие**

4. **отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать)**

5. **принятие (осознание смерти)**

**8. ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ МЕДРАБОТНИКА В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ:**

1.умение наладить близкий контакт

2.вселение уверенности в себе

3.готовность к контакту и сотрудничеству

4.устранение ятрогений

5. организация лечебной среды

**9.ТАКТИКА ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРЕДПОЛАГАЕТ:**

1.предупреждение чувства нарастающей беспомощности

2.терпение и любовь

3.организация лечебной среды

4.такт, психологическая поддержка

5. вселение уверенности в себе

**Модуль 2. Социально-психологические аспекты профессиональной деятельности медицинской сестры**

**Тема 4. Психологические аспекты работы в мультидисциплинарной команде в медицине.**

**иди вместе с другими.**

**Африканская пословица**

**Люди получают удовольствие от работы,**

**когда они знают, чего от них ждут,**

**чувствуют себя компетентными**

**и видят, что их работу ценят**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

контроль выполнения практического задания;

тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Командный подход в медицине. Роль медсестры в команде.

2. Этические аспекты профессионального взаимодействия.

3. Профессионально-важные качества медицинского работника.

4.Групповая динамика и основные параметры малой группы (состав, цели, ценности, нормы группы, групповые процессы - распределение ролей, проблема власти и лидерства, конформизм, сплоченность, совместимость, фазы развития группы)

5. Психологический климат в амбулаторных и стационарных учреждениях.

6. Проблема профессионального стресса и эмоционального выгорания специалистов в медицине и пути ее решения.

7. Супервизия в профессиональном общении.

*Контроль выполнения практического задания:*

**Задание 1.** Составьте глоссарий, включающий понятия, отражающие содержание профессионально-важных качеств медицинского работника: 1) эмпатичность; 2) авторитет; 3) правдивость; 4) самоотверженность; 5) гуманизм; 6) честность; 6) личностная зрелость; 8) скромность; 9) аккуратность; 10) высокий самоконтроль; 11) оптимизм; 12) наблюдательность; 13) внимательность; 14) уровень интеллекта; 15) высокая эмоциональная устойчивость.

**Задание 2.** Составьте схему, включающую определение понятий «профессиональный стресс» и «синдром эмоционального выгорания», их основные симптомы и причины.

**Задание 3.** Каковы основные направления и приемы преодоления синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников? Представьте информацию в табличном варианте.

|  |  |
| --- | --- |
| **Симптомы синдрома эмоционального выгорания** | **Основные направления и приемы преодоления синдрома эмоционального выгорания** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Задание 4.** Проведите самодиагностику по методике  **«Диагностика эмоционального выгорания личности» (В.В. Бойко)**

**Задание 5.**Как вы считаете, можно ли паллиативную помощь осуществлять в одиночку ? Ответ обоснуйте.

**Задание 6.** Перечислите трудности, с которыми сталкиваются специалисты паллиативной помощи

**Задание 7.** Ознакомьтесь с признаками стрессового состояния, укажите их возможные причины и предложите способы совладания с ними.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Признаки стрессового состояния** | **Возможные причины** | **Способы совладания** |
| Усталость |  |  |
| Плохая концентрация |  |  |
| Потеря интереса к работе |  |  |
| Пренебрежение обязанностями |  |  |
| Рздражительность |  |  |
| Гнев |  |  |
| Самоустранение – стремление избежать. общения с пациентами и коллегами |  |  |
| Чувство собственной некомпетентности, беспомощность и чувство вины |  |  |
| Подавленное настроение – слезливость, отсутствие чувства удовольствия и удовлетворения. |  |  |

**Задание 8.**Раскройте значимость аспектов командного подхода для эффективности профессионального взаимодействия при оказании паллиативной помощи

|  |  |
| --- | --- |
| **Основные аспекты командного подхода в паллиативной медицине** | **Обоснование значимости аспектов для эффективности профессионального взаимодействия** |
| Понимание ценности отдельных способностей и общего вклада каждого члена команды |  |
| Умение разделять тяжесть оказания помощи и оказывать поддержку друг другу |  |
| Хорошее общение и взаимодействие |  |
| Признание наших индивидуальных особенностей и умение разрешать противоречия |  |

**Задание 9. В Руководстве «Пособие по паллиативной медицине», изданной** Всемирным союзом паллиативной медицины (2008) особое внимание уделяется проблеме заботы о психическом и физическом здоровье специалистов, оказывающих паллиативную помощь – в разделе «**Забота о тех, кто заботится о других» представлены следующие основные положения:**

* Забота – это тяжелый труд.
* Будьте внимательны к признакам стресса.
* Предупреждайте выгорание эффективной взаимной поддержкой.

Проранжируйте по степени значимости для себя рекомендации по заботе (см. список рекомендаций, представленный ниже) – от более значимого к менее значимому. Обоснуйте, почему вы поставили на первое место именно эту рекомендацию. Что Вы еще добавили бы к этому списку?

**Список рекомендаций**:

* Убедитесь, что у каждого члена команды есть время для регулярного отдыха.
* Назначьте время для регулярных обсуждений состояния пациентов и их проблем.
* Убедитесь, что каждый член команды знает, как можно получить помощь (например: волонтеры и члены семьи могут обратиться к медицинскому работнику за поддержкой).
* Регулярные учебные семинары и супервизии повышают уверенность в себе и чувство своей компетентности.
* После смерти пациента дайте себе время осмыслить произошедшее; признайте, что множественные утраты неизбежно вызывают стресс.
* Найдите время для совместного отдыха (на-пример, за чаем).
* Гордитесь своей работой и теми переменами, которые вы вносите в жизнь пациентов. Признавайте и поощряйте успехи друг друга

|  |  |
| --- | --- |
| **Ранг** | **Рекомендация** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **6** |  |
| **7** |  |

**Задание 10.** Что такое супервизия, какие существуют ее типы и стили ? Как вы считаете, можно ли говорить об особой роли супервизии в паллиативной медицине? Ответ обоснуйте.

**Задание 11.** Исследуйте психологический климат в ваше организации по **методике «Определение психологического климата в организации».**

**Задание 12.** Смоделируйте ситуации взаимодействия (приведите примеры жизненных ситуаций) в профессиональной деятельности медицинской сестры (с пациентом, коллегами, семьей пациента), в которых специалист действует в соответствии с этическими нормами и исходя из интересов пациента.

Выделяют шесть этических принципов паллиативной помощи, которые можно сформулировать следующим образом:

1) соблюдать автономию пациента (уважать пациента как личность);

2) делать добро;

3) не вредить;

4) поступать справедливо (беспристрастно);

5) больной и семья – единое целое; забота о семье – это продолжение заботы о пациенте;

6) стремиться сохранить жизнь (при биологической невозможности обеспечить комфортную смерть).

**Задание 13. Профилактика дистрессовых реакций.** Выберите из списка утверждения, которые вам близки. Проанализируйте, какие из них ухудшают ваше качество жизни, а какие помогают эффективно адаптироваться к жизненным ситуациям (в т.ч. стрессовым). Сформулируйте задачи саморазвития.

РАССУЖДЕНИЕ О СТА ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Лао-Цзюнь молвит: Есть такие правители, что не способны сохранить алтарь в центре поля...

41. Много ненавидеть и мало любить – это болезнь.

42. Обсуждать правоту или неправоту других людей – это болезнь.

43. Стараться переложить ответственность с себя на других – это болезнь.

44. Из-за любви к искусству отвергать монашество – это болезнь.

45. Определять достоинства и недостатки людей – это болезнь.

46. Считая, что люди притворяются, ждать веры по отношению к себе – это болезнь.

47. Не проявлять милости к несущему наказание – это болезнь.

48. Делая добрые дела, ждать воздаяния – это болезнь.

49. Отдав что-то людям, сожалеть об этом – это болезнь.

50. Любя себя, с негодованием относиться к тому, кто указывает на твои ошибки – это болезнь.

ВОСХВАЛЕНИЕ СТА ЛЕКАРСТВ

Лао-Цзюнь молвит: А если их (душ) нет в телесной форме, тогда материальная оболочка становится пустой, так как в ней не удерживается семя-цзин и энегия-ци. Потому-то внешние воздействия ветра и холода способны поразить организм.

41. Воспринимая реальность, хранить прочность веры – это лекарство.

42. Скрывать тайное стремление к злу – это лекарство.

43. Будучи богатым, представлять себя нищим – это лекарство.

44. Почитая продвижение других людей, побеждать себя – это лекарство.

45. Не относиться к себе слишком уважительно – это лекарство.

46. Радоваться достойным поступкам других людей – это лекарство.

47. Не стремиться к разврату в половой жизни – это лекарство.

48. В процессе обретений и потерь смотреть на себя со стороны – это лекарство.

49. Скрывая внутренние силы, совершать милосердные действия – это лекарство.

50. Не ругать ничего живого – это лекарство.

Обратим внимание на то, что «скрывать тайное стремление ко злу» не есть «ложь» и обман окружающих, а напротив – выявление в себе и сокрытие от посторонних отрицательных эмоций. А как мы уже говорили – выявить их в себе и свести на нет («скрыть») и есть избавление от них и искоренение в себе зла, вредоносного как для других, так и для самой личности (в случае, если она поддается отрицательным эмоциям и соблазну свершения зла).

То же самое «будучи богатым, представлять себя нищим» не означает «лгать» (прибедняясь перед другими, прятать свое истинное состояние из неких своекорыстных целей). «Не считать себя богачом» значит «не выставляться» перед другими, не оскорблять и не унижать их своим богатством, роскошью и благосостоянием, а «представлять себя нищим» значит вести себя так же, как ты вел бы себя в том случае, если бы у тебя ничего не было, т. е. скромно, достойно, милосердно и не кичливо.

РАССУЖДЕНИЕ О СТА ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Лао-Цзюнь молвит: Есть такие личности, которые не способны сохранить целостность, ведущую к долголетию.

51. Ругать любую живую тварь – это болезнь.

52. Сбивать с пути-дао и чинить препятствия людям – это болезнь.

53. Злословить по поводу больших талантов – это болезнь.

54. Таить зло на людей, которые превзошли тебя, – это болезнь.

55. Добавлять в питье ядовитые снадобья – это болезнь.

56. Не сохранять равновесия в сердце – это болезнь.

57. Шумно суетиться по поводу мудрости – это болезнь.

58. Хранить в памяти старую неприязнь – это болезнь.

59. Не принимать увещеваний и советов – это болезнь.

60. Внутри не испытывая настоящих чувств, проявлять вовне родственность – это болезнь.

ВОСХВАЛЕНИЕ СТА ЛЕКАРСТВ

Лао-Цзюнь молвит: ... Именно в связи с этим человек мудрости, даже пребывая в неизвестности отшельничества, не осмеливается совершать неправильные действия.

51. Любить говорить добрые слова – это лекарство.

52. За беды и болезни возлагать вину на самого себя – это лекарство.

53. Сталкиваясь с трудностями, не уклоняться и не отказываться – это лекарство.

54. Делая благо, не надеяться на воздаяние – это лекарство.

55. Желать людям исполнения их стремлений – это лекарство.

56. Быть в сердце спокойным, а в мыслях пребывать, как в храме, – это лекарство.

57. В сердце безмятежность, а в мыслях устойчивость – это лекарство.

58. Не помнить старого зла – это лекарство.

59. Исправляя заблуждения, избавляться от зла – это лекарство.

60. Услышав порицание, принять его как стимул к изменению – это лекарство.

Как видим, здесь прямо сформулированы «современные» методы психотерапии и психокоррекции личности. Найти причину зла и болезни (как следствия зла и отрицательных эмоций) в самом себе – вот истинный путь к исправлению, самосовершенствованию и излечению организма.

РАССУЖДЕНИЕ О СТА ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Лао-Цзюнь молвит: Человек же мудрости стремится к благополучию посредством сохранения состояния, когда нет еще предвестий ухудшения состояния. Он избавляется от беды, когда она еще не возникла. Ведь катастрофа развивается мало-помалу.

61. Побеждать человека посредством подачи официальных бумаг – это болезнь.

62. Беседовать с глупцом – это болезнь.

63. В нападении не соблюдать законов-правил – это болезнь.

64. Любить себя за то, что поступаешь правильно, – это болезнь.

65. Много сомневаться и мало верить – это болезнь.

66. Смеяться над сумасшедшими и безумными – это болезнь.

67. Вести себя раскованно, не соблюдая норм ритуала, – это болезнь.

68. Некрасивые высказывания и злые слова – это болезнь.

69. С пренебрежением и непочтительно относиться к тем, кто старше и младше тебя, – это болезнь.

70. В тяжелой ситуации совершать легкомысленные действия – это болезнь.

ВОСХВАЛЕНИЕ СТА ЛЕКАРСТВ

Лао-Цзюнь молвит: Даже занимая великие должности, он (мудрый) не осмеливается извлечь из этого выгоды.

61. Не вмешиваться в чужие ситуации – это лекарство.

62. В гневе и раздражении контролировать себя – это лекарство.

63. Разрешать в мыслях интеллектуальные проблемы – это лекарство.

64. Оказывать почтение пожилым людям – это лекарство.

65. И за закрытой дверью, в уединении, строго блюсти себя – это лекарство.

66. Воспитывать в себе почтение к старшим и любовь к младшим – это лекарство.

67. Искоренять зло и поощрять добро – это лекарство.

68. В чистоте и честности довольствоваться своей судьбой – это лекарство.

69. В помощи людям хранить верность – это лекарство.

70. Помогать во время солнечных и лунных затмений – это лекарство.

Чем выше моральные критерии личности, чем более требователен человек к самому себе и чем более терпим он к окружающим, тем больше у него шансов вылечиться от своих болезней и тем вернее, что он ничем не заболеет – впредь и вообще (если не был болен до этого, т. е. всегда руководствовался в своей жизни этими разумными и мудрыми правилами).

«Помогать людям в дни затмений» означает, в переводе на язык современности, приходить к ним на помощь в самых сложных, страшных и «неразрешимых» для них ситуациях. Приходить им на помощь, не страшась за себя, а думая лишь о других.

**Задание 14.** *Заполните таблицу* «Врач как больной»: Теоретически состояние здоровья врачей и медицинских ра­ботников должно было бы быть лучшим, чем у остального населения. Но практически, по данным различных исследований, ситуация является про­тивоположной. Укажите возможные психологические причины этого явления; сформулируйте задачи по его профилактике.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Врач как больной | Возможные психологические причины | Профилактика неадекватного отношения врача к собственной болезни |
| Врачи недооценивают начальные признаки заболевания, делаютпервое обследование явно гораздо позже, чем другие больные |  |  |
| Переносят на ногах ангину, грипп, выходят недолеченными на работу, лечатся симптоматически |  |  |
| В процессе лечения переоценивают серьезность признаков и придерживаются пессимистического взгляда на заболевание и его прогноз |  |  |
| Предполагает, что его коллеги скрывают от него правду о действитель­ном состоянии его здоровья |  |  |
| Часто склоняется к несовершенной аутодиагностике и аутотерапии |  |  |
| Постановка «диагноза на ходу», часто больного меди­цинского работника вначале лечат, а потом обследуют |  |  |

**Задание 15.Case-study:**

**Справочная информация для решения кейсов.**

«Медицинским работникам присущи специфические профессиональные деформации*.*Р. Конечный и М. Боухал (1983) по поводу этого пишут: «Профессиональной деформацией являются и поведение, и выражения медицинских работников, при которых под влиянием привычки проявляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у немедиков создается впечатление бездушия и цинизма. Например, если врач или медсестра не считают нужным отделить, хотя бы ширмой, умирающего больного в двадцатикоечной палате. Или врачи, совершая обход, при больном дискутируют о неблагоприятном исходе его болезни. Или в анатомическом зале шутят над трупами, рассказывают анекдоты» *(Конечный Р., Боухал М. 1974. С. 255).*

Профессиональная деформация, отмечают авторы, проявляется у врачей в используемом ими жаргоне. Они могут, например, сказать, что в палате лежат четыре желудка, три желчных пузыря и одна почка. Для врачей больные делятся на «язвенников», «астматиков», «ревматиков» и т. п.

Дегуманизацию отношения медицинских работников к пациентам, а отсюда грубость и безответственность к своему делу, отмечают многие отечественные и зарубежные авторы (Носов С. Д., 1975; Смольняков А. И., Федоренко Е. Г., 1976; Ташлыков В. А., 1964; Харди И., 1974; Sihleann, Athanasin, 1973 и др.).

Многие опытные *терапевты*имеют «клинический взгляд» на окружающих: по внешним признакам они автоматически диагностируют наличие у них заболеваний даже во внеслужебной ситуации. Но с другой стороны, со временем лечащие врачи и средний медперсонал перестают видеть перед собой человека со всеми присущими ему личностными особенностями. Такая профессиональная деформация называется по-разному – как «потеря больного», как «ветеринаризация» медицины (Богорад И. В., 1983; Глязер Г., 1965; Еренкова Н. В., 1987; Караванов Г. Г., Коршунов В. В., 1974; Матвеев В. Ф., 1984; Остапенко А. Л., 1985; Сук И. С, 1984; Jones, 1961 и др.).

Другой деформацией медицинских работников является «приборный фетишизм», когда они видят перед собой показания приборов, анализов, но не видят больного (Батрак Г. Е., 1969). Г. С. Абрамова (1995) признаком профессиональной деформации *психологов-психотерапевтов*считает псевдонаучное обезличивание клиента, которое состоит в том, что психотерапевт ориентируется не на реальную жизнь клиента, а на обобщенную схему – свою терапию, которой он пользуется для упорядочивания собственного опыта. Кроме того, он дает моральную оценку клиенту, занимая позицию судьи.» (**Из книги Ильин Е.П. «Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм*,* лень»)**

**Case 1.** *Ведущий практическое занятие доцент в присутствии больного, употребляя медицинскую, но для образованного и интеллигентного человека вполне понятную терминологию, описывает течение его безнадежного заболевания вплоть до смерти.*

*«Больной был перепуган как кролик, а мы были потрясены», – вспоминает студент-практикант.*

**Case 2.** *Студентка медвуза вспоминает случай на практике: «Привели находящегося в полном сознании больного в операционный зал, полный крови от предыдущих операций. Я сама там чуть не упала в обморок».*

**Case 3.** *В разговоре с коллегами врачи нередко выражают профессиональное восхищение: рентгенолог радостно восклицает: «Уже давно я не видел такую прекрасную каверну!», кардиолог – «Такой порок сердца еще надо поискать! Можно статью научную написать!»; психотерапевт – «Уникальный случай шизофрении! Нечасто к нам поступают такие шизофреники!»*

**Вопросы к кейсам:**

1. Нарушает ли врач этические принципы? Если да, то какие?

2. Создает ли подобное отношение врача к деятельности риск для его здоровья?

3. Является ли неизбежной профессиональная деформация врача?

*Тестирование*:

*Выберите правильный и наиболее полный ответ*

**1.ГРУППА, В СООТВЕТСТВИИ С КОТОРОЙ ИНДИВИД ОЦЕНИВАЕТ СВОЕ СОБСТВЕННОЕ ПОВЕДЕНИЕ ИЛИ СИТУАЦИЮ, В КОТОРОЙ ОН НАХОДИТСЯ:**

**а) референтная группа**

б) малая группа

в) условная группа

г) реальная группа

д) группа-кооперация

**2. НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ:**

**а) группа-конгломерат**

б) группа-автономия

в) группа-кооперация

г) номинальная группа

д) коллектив

**3. СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ДЕЛОВЫМ ХАРАКТЕРОМ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЕЕ ЧЛЕНОВ, ПОДЧИНЕННЫХ ДОСТ ИЖЕНИЮ ОФИЦИАЛЬНЫХ ГРУППОВЫХ ЦЕЛЕЙ:**

**а) группа-кооперация**

б) группа-автономия

в) группа-конгломерат

г) номинальная группа

д) коллектив

**4. ВЫСШАЯ СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ:**

**а) коллектив**

б) группа-автономия

в) группа-конгломерат

г) номинальная группа

д) группа-кооперация

**5. ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ МАЛОЙ ГРУППЫ:**

**а) композиция группы, цели группы, нормы группы, система санкций, групповые процессы**

б) композиция группы, цели группы, нормы группы, групповая динамика

в) цели группы, нормы группы, система санкций, групповая динамика, групповые процессы

г) нормы группы, система санкций, групповые процессы, групповая динамика

д) композиция группы, групповая динамика, цели группы, нормы группы

**6. ГОТОВНОСТЬ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ ПОДДЕРЖИВАТЬ ДРУГ ДРУГА, ИЛИ ВЗАИМНОЕ ТЯГОТЕНИЕ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ ДРУГ К ДРУГУ:**

**а) сплоченность**

б) эмпатия

в) психологическая совместимость

г) конформность

д) взаимовыручка

**7. СПОСОБНОСТЬ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ К СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОСНОВАННАЯ НА ИХ ОПТИМАЛЬНОМ СОЧЕТАНИИ:**

**а) психологическая совместимость**

б) сплоченность

в) сотрудничество

г) конформность

д) взаимовыручка

**8.СОВОКУПНОСТЬ ВНУТРИГРУППОВЫХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ЯВЛЕНИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ВЕСЬ ПРОЦЕСС ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И СУЩЕСТВОВАНИЯ ГРУППЫ: ОБРАЗОВАНИЕ, РАЗВИТИЕ, СТАГНАЦИЯ, РЕГРЕСС, РАСПАД - ЭТО:**

**а) групповая динамика**

б) групповая сплоченность

в) развитие группы

г) внутригрупповые отношения

д) ролевая структура группы

**9. НАИБОЛЕЕ РЕФЕРЕНТНОЕ ЛИЦО В ГРУППЕ , ЗА КОТОРЫМ ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ ГРУППЫ ПРИЗНАЮТ ПРАВО БРАТЬ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ:**

**а) лидер**

б) эксперт

в) оппозиционер

г) монополист

д) моралист

**10. ПРИ КАКОМ ТИПЕ ВОСПИТАНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПОВЕДЕНИЕМ РЕБЕНКА :**

**а) гипопротекция**

б) эмоциональное отвержение

в) потворствующая гипопротекция

г) доминирующая гиперпротекция

д) потворствующая гиперпротекция

**11. КАК НАЗЫВАЕТСЯ СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ РОДИТЕЛИ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ РАЗЛИЧНЫЕ И ПРОТИВОПОЛОЖНО НАПРАВЛЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕБЕНКУ :**

**а) противоречивое воспитание**

б) доминирующая гиперпротекция

в) потворствующая гиперпротекция

г) эмоциональное отвержение

д) гипопротекция

**12. СФЕРА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННАЯ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЕЕ ЧЛЕНОВ:**

**а) функция семьи**

б) структура семьи

в) динамика семьи

г) функция социального контроля

д) хозяйственно-бытовая функция

**13.СУПЕРВИЗИЯ - ЭТО:**

1. один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов

2. наблюдение более опытного специалиста за практической деятельностью начинающего специалиста

3. один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в форме оказание психотерапевтической помощи

4. один из методов теоретического повышения квалификации специалистов

5. один из методов практического повышения квалификации специалистов

**14.ОБУЧАЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

2. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

3. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

**15.ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

2. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

3. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

4. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**16.КОНСУЛЬТИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

2. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

3. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**17.АДМИНИСТРАТИВНАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

2. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

3. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**18.ОЦЕНОЧНАЯ (ЭКСПЕРТНАЯ) ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

2. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

3. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**19.МЕНЕДЖЕРСКАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. супервизия команды смежных специалистов, работающих с трудным пациентом, нуждающихся в разносторонней помощи, в которой необходимо согласовывать профессиональные действия специалистов, осуществлять общее руководство, ведение случая

2. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

2. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

3. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**20.ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С НАСТАВНИКОМ МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ:**

1.при личном контакте, по телефону, по электронной почте

2. только при личном контакте

3. только по телефону

4. только в процессе осуществления профессиональной деятельности

5. только в режиме супервизии

**21.ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП СУПЕРВИЗИИ – СУПЕРВИЗОР КОНЦЕНТРИРУЕТСЯ НА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, ПОМОГАЯ УЧЕНИКУ ИССЛЕДОВАТЬ РАБОТУ С ПАЦИЕНТАМИ, А КТО-ТО ДРУГОЙ В РАБОЧЕМ ОКРУЖЕНИИ СУПЕРВИЗИРУЕМОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ПОДДЕРЖКУ И НАПРАВЛЯЮЩУЮ ФУНКЦИЮ:**

1. наставническая супервизия

2. обучающая супервизия

3. направляющая супервизия

4. консультирующая супервизия

5.комбинированная супервизия

**22.ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП СУПЕРВИЗИИ – СУПЕРВИЗОР КОНЦЕНТРИРУЕТСЯ НА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, ПОМОГАЯ УЧЕНИКУ ИССЛЕДОВАТЬ РАБОТУ С ПАЦИЕНТАМИ, НЕСЕТ ЧАСТИЧНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАБОТУ СУПЕРВИЗИРУЕМОГО С ПАЦИЕНТАМИ:**

1. обучающая супервизия

2. наставническая супервизия

3. направляющая супервизия

4. консультирующая супервизия

5.комбинированная супервизия

**23.ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП СУПЕРВИЗИИ – СУПЕРВИЗОР ОТВЕЧАЕТ ЗА РАБОТУ СУПЕРВИЗИРУЕМОГО С КЛИЕНТАМИ, НО ОТНОШЕНИЯ СУБОРДИНАЦИИ МЕЖДУ НИМИ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ:**

1. направляющая супервизия

2. наставническая супервизия

3. обучающая супервизия

4. консультирующая супервизия

5.комбинированная супервизия

**24.ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП СУПЕРВИЗИИ – ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТЫ ПРИНАДЛЕЖИТ СУПЕРВИЗИРУЕМОМУ, НО ОН МОЖЕТ КОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ ПО НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ СО СВОИМ СУПЕРВИЗОРОМ, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИБО ЕГО УЧИТЕЛЕМ, ЛИБО АДМИНИСТРАТОРОМ:**

1. консультирующая супервизия

2. наставническая супервизия

3. обучающая супервизия

4. направляющая супервизия

5.комбинированная супервизия

**25.ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

2. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

3. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

4. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

5. малая структурированность и руководство процессом супервизии

**26.ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МЕЖЛИЧНОСТНО-СЕНЗИТИВНОГО СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

2. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

3. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

4. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

5. малая структурированность и руководство процессом супервизии

**27.ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАСПОЛАГАЮЩЕГО СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

2. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

3. малая структурированность и руководство процессом супервизии

4. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

5. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

**28.ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АМОРФНОГО СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. малая структурированность и руководство процессом супервизии

2. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

3. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

4. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

5. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

**29.ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

**1**. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

2. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

3. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

4. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

5. малая структурированность и руководство процессом супервизии

**30.ЧТО ОТНОСЯТ К НЕЭФФЕКТИВНОМУ СЕПЕРВИЗОРСКОМУ СТИЛЮ:**

1.Терапевтический стиль

2. Ориентированный на решение проблемы стиль

3. Межличностно-сензитивный стиль

4. Располагающий стиль

5. Смешанный стиль

**31. СРЕДИ ПРИНЦИПОВ ПРОСТОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ВЫДЕЛЯЮТ:**

1.содействие адаптации в лечебном учреждении

2.формирование мировоззрения

3.укрепление веры в себя, реабилитационная поддержка

4.профилактика конфликтов

5.психологическое консультирование

**32. СИСТЕМА ОТНОШЕНИЙ В СТАЦИОНАРЕ, СПОСОБСТВУЮЩАЯ АДПТАЦИИ ПАЦИЕНТА К БОЛЕЗНИ:**

1.лечебно-охранительный режим

2.лечебная среда

3.активирующий лечебный режим

4.режим эмоциональной безопасности

5.психотерапевтическая среда

**33. СИСТЕМА СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ, СКЛАДЫВАЮЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ И СПОСОБСТВУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ, НАЗЫВАЕТСЯ:**

1.лечебная среда

2.лечебно-охранительный режим

3.активирующий лечебный режим

4.режим эмоциональной безопасности

5.реабилитация

**34. СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:**

1.активирующий лечебный режим

2.лечебно-охранительный режим

3.лечебная среда

4.режим эмоциональной безопасности

5.психотерапия

**35. СТРЕСС - ЭТО:**

1.реакция напряжения в ответ на действие раздражителя

2.нервное напряжение и приспособительная реакция организации

3.состояние тревоги

4.ответная реакция на психотравму

5.дезадаптация

**36. ФАЗЫ СТРЕССА:**

1.тревога, сопротивление, истощение

2.эустресс и дистресс

3.тревога, сопротивление, дистресс

4.сверхсильные стрессоры, длительно действующие стрессоры

5. часто повторяющиеся стрессоры

**Тема 5. Общение в профессиональной деятельности медицинских работников**

**Пусть каждый человек торопится слушать,**

**но медлит с ответом.**

**Апостол Иаков**

«Известный сирийский врач и писатель Абу-Аль-Фарадж,

живший в XIII веке, писал, что в древности врач,

обращаясь к больному, говорил: нас трое – ты, болезнь и я.

Если ты будешь с болезнью, вас будет двое,

я останусь один – вы меня одолеете.

Если ты будешь со мной, нас будет двое,

болезнь останется одна – мы ее одолеем».

**(по Н. Эльштейну)**

«Долгом своим почитаю заметить,

что есть и душевные лекарства,

которые врачуют тело ...

Сим искусством печального утешишь,

бессердечного умягчишь, нетерпеливого

успокоишь, дерзкого испугаешь,

робкого сделаешь смелым, скрытного

откровенным, отчаянного благонадежным.

Сим искусством сообщается больным

та твердость, которая побеждает

телесные боли, тоску, метания

и которая самые болезни, например

нервические, покоряет воле больного».

**М.Я. Мудров**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

контроль выполнения практического задания;

тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для самоконтроля:**

1.Общение как самостоятельная форма активности человека (понятие, виды, функции, компоненты общения; факторы, влияющие на общение, коммуникативные барьеры).

2. Коммуникативная компетентность как профессионально важное качество медицинских работников. Специфика общения в паллиативной медицине. Общение и контакт.

3.Медицинский комплаенс и модели взаимоотношений «врач — пациент»

4. Невербальное общение и параметры невербального поведения (расстояние, жесты, поза, мимика и пр.). Наблюдательность, как профессионально важное качество медицинских работников.

5. Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения. Виды вопросов и виды влияния в общении.

6. Психологические составляющие взаимоотношений между медицинской сестрой , врачом и больным. Типы медицинских сестер.

*Контроль выполнения практического задания:*

**Задание 1.** Объясните, как препятствуют взаимодействию медицинского работника с больным следующие качества медицинского работника:1) невнимательность; 2) бездушие; 3) грубость; 4) равнодушие; 5) несдержанность; 6) недисциплинированность; 7) неряшливость; 8) высокомерие; 9) насмешливость.

**Задание 2.**Раскройте содержание понятия «коммуникативная компетентность».

Обоснуйте значимость коммуникативной компетентности в деятельности медицинского работника

**Задание 3.** Как вы понимаете слова Джона Уайатта (1998) «Страдание – это не проблема, требующая решения, и не вопрос, требующий ответа; это – тайна, требующая присутствия?» Изложите свою точку зрения в форме эссе.

**Задание 4.** Ознакомьтесь со средствами социального взаимодействия и общения - *каналами невербальной коммуникации, приемами рефлексивного слушания.* Осуществите самонаблюдение в ситуациях общения с коллегами, наблюдая за тем, как помогает использование этих приемов сделать эффективным ваше социальное взаимодействие с людьми. Напишите самоотчет по результатам самонаблюдения.

***Каналы невербальной коммуникации.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***1. Оптический канал*** |  | ***2. Акустический канал*** |
| \* поза; \* жесты; \* мимика лица;  \* походка; \* одежда; \* косметика;  \* украшения; \* татуировки; \* прическа;  \* манера поведения; \* пантомимика |  | \* громкость голоса; \* темп речи; \* ритм;  \* пауза; \* высота, тембр голоса;  \* интонация; \* плач, причитания;  \* смех, хохот; \* кашель;  \* аплодисменты; \* стук (постукивание) |
|  |  |  |
| ***3. Тактильно -*** |  | ***4. Контакт глаз*** |
| ***кинестезический*** ***канал*** |  | \* направление взгляда; \* длительность |
| \* рукопожатие; \* поцелуй; \* объятия |  | \* частота; \* ритм |
| \* поглаживания; \* похлопывание |  |  |
|  |  | ***6. Пространственно-временной канал*** |
| ***5. Ольфакторный канал***  \* запах тела |  | \* взаимное расположение  \* пространство; \* физические «барьеры» |
| \* запах косметики  \* запах окружающей среды |  | \* временнАя точность  \* длительность контакта |

**2. Проверяй, правильно ли ты понял слова собеседника, используя приемы рефлексивного слушания:**

• выяснение («Что вы имеете в виду?», «Уточните, пожалуйста» и т. д.);

• перефразирование («Другими словами...», «По вашему мнению», «Как я понимаю, вы говорите о...» и т.д.);

• отражение чувств («Вероятно, вы чувствуете...», «Вижу, что вы этим очень расстроены...» и т.п.);

• резюмирование («Если подытожить все сказанное, то...»).

**3. Не давай советов.**

**4. Не давай оценок.**

**Задание 5.** Основываясь на результатах собственного наблюдения, проанализируйте свою профессиональную деятельность и определите, к какому типу медсестры вы относитесь? Укажите преимущества и недостатки каждого типа медицинской сестры. Информацию представьте в таблице.

И. Харди описывает 6 типов сестер по характеристике их деятельности.

**1. Сестра-рутинер**. Наиболее характерной чертой ее является механическое выполнение своих обязанностей. Порученные задачи такие сестры выполняют с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, проявляя ловкость и умение. Выполняется все, что нужно для ухода за больным, но самого- то ухода и нет, ибо работает автоматически, безразлично, не переживая с больными, не сочувствуя им. Такая сестра способна разбудить спящего больного только ради того, чтобы дать ему предписанное врачом снотворное.

**2. Сестра, «играющая заученную роль».** Такие сёстры в процессе работы стремятся разыгрывать какую-нибудь роль, стремясь к осуществлению определённого идеала. Если их поведение переходит допустимые границы, исчезает непосредственность, появляется неискренность. Они играют роль альтруиста, благодетеля, проявляя «артистические» способности. Поведение их искусственное.

**3. Тип «нервной» сестры.** Это эмоционально лабильные личности, склонные к невротическим реакциям. В результате они часто раздражительны, вспыльчивы, могут быть грубыми. Такую сестру можно видеть хмурую, с обидой на лице среди ни в чем не повинных больных. Они очень ипохондричны, боятся заразиться инфекционным заболеванием или заболеть «тяжёлой болезнью». Они нередко отказываются выполнять различные задания якобы потому, что не могут поднимать тяжести, у них болят ноги и т. д. Такие сёстры создают помехи в работе и нередко вредно влияют на больных.

**4. Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью**. Таких людей издали можно узнать по походке. Они отличаются настойчивостью, решительностью нетерпимостью к малейшим беспорядкам. Нередко они недостаточно гибки, грубы и даже агрессивны с больными, в благоприятных случаях такие сёстры могут быть хорошими организаторами.

**5. Сестра материнского типа.** Такие сёстры выполняют свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным. Работа у них неотъемлемое условие жизни. Они всё могут и успевают повсюду. Забота для больных – жизненное призвание. Часто заботой о других, любовью к людям проникнута и их личная жизнь.

**6. Тип специалиста**. Это сёстры, которые благодаря какому-то особому свойству личности, особому интересу получают специальное назначение. Они посвящают свою жизнь выполнению сложных задач, например, в специальных лабораториях. Они фанатически преданы своей узкой деятельности.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тип медицинской сестры | Преимущества | Недостатки |
| **1. Сестра-рутинер** |  |  |
| **2. Сестра, «играющая заученную роль».** |  |  |
| **3. Тип «нервной» сестры.** |  |  |
| **4. Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью** |  |  |
| **5. Сестра материнского типа.** |  |  |
| **6. Тип специалиста** |  |  |

**Задание 6.** А.А. Ухтомский очертил этический принцип, названный им законом Заслуженного Собеседника — того нравственно-духовного зеркала, в роли которого может выступить и духовный идеал, и живший когда-то человек, и реальный современник, отражаясь в котором человек способен найти позитивный смысл и обрести себя как личность даже в самой трагической ситуации.

Каков ваш «Заслуженный Собеседник»? Сформулируйте несколько вопросов для беседы с ним и его возможные ответы. Информацию систематизируйте в таблицу.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Мой Заслуженный Собеседник - …………………. | | |
| Вопросы Заслуженному собеседнику | Его возможные ответы | Значимость ответов для вашего профессионального и личностного развития |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Задание 7.** Смоделируйте ситуацию общения с пациентом при оказании ему паллиативной помощи: возможные вопросы пациента и ваши ответы, а также ваши вопросы к нему. Информацию систематизируйте в таблицу.

**Например:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы пациента** | **Возможные невербальные проявления и их объяснение** | **Возможные ответы медицинской сестры** | **Возможные вопросы медицинской сестры пациенту** |
| Я могу вылечиться ? | Сближение и приподнимание бровей и продольно-поперечная складка на лбу , расширение глазных щелей, напряжение нижнего века – отражает страх | «Существует лечение, способное облегчить боль и другие симптомы, если они появятся» | «Давайте выясним, как можно помочь вам и вашей семье?». |
|  |  |  |  |

**Теоретический материал к заданию 7.**

«Суть не в том, чтобы «общаться или не общаться», но суть в хорошем общении против плохого. Самое главное, что хотелось бы слышать пациенту во время надвигающейся неопределенности:

\* «Что бы ни случилось, мы не оставим вас».

\* "Вы умираете, но вы по-прежнему важны нам».

Цели подобного общения сводятся к следующему:

\* избавить от неопределенности

\* придать новое значение отношениям с окружающими

\* помочь пациенту и семье выбрать правильное направление

Только часть следующего может быть выражена словами:

\* «Мы можем облегчить вашу боль и можем контролировать другие болевые симптомы».

\* «Я буду регулярно наблюдать вас».

\* «Один из нас всегда будет в вашем распоряжении».

\* «Давайте выясним, как можно помочь вам и вашей семье».

Большей частью эта информация должна быть передана пациенту не словесными средствами.

Прикосновение - важное средство передачи пациенту уверенности и комфорта (например: держание за руку).

**Активное слушание**

\* актуальный для пациента вопрос: «Можете вы мне рассказать о ваших проблемах?»

\* кивать время от времени, показывая, что вы внимательно слушаете

\* если пациент обрывает фразу, повторите его последние три слова, что позволит ему продолжать, и только в редких случаях предложение к разговору отклоняется

\* не отвлекаться от основной темы разговора

\* не пропускать такие замечания, как «Эта болезнь похожа на бабушкину».

\* задать обратный вопрос пациенту для размышления: «Как вы считаете, для чего была сделана операция?»

\* спрашивать о чувствах: «Какие чувства вы испытываете в связи с этим?»

\* подтверждать высказывания пациента о его чувствах: «Это естественно, что вы испытываете такие чувства»

\* наблюдайте за языком тела

\* подведите итог и еще раз проверьте все, что вам было сказано

**Начало**

\* выделить время для неспешной, непрерывной беседы

\* очень важно это делать в уединенной обстановке

\* представьтесь по имени и обменяйтесь рукопожатиями

\* сядьте и дайте понять, что у вас есть время

\* установите контакт, чтобы ваши взгляды были на одном уровне

\* избегайте медицинской лексики, т.е. используйте простой язык

\* начните с чего-нибудь положительного: «Здравствуйте, рад вас видеть».

\* используйте открытые вопросы, помогая выразить отрицательные чувства «Как самочувствие сегодня?», «Как спалось?»

***Как преподнести плохие новости***

Плохие новости решительно и неприятно меняют взгляд пациента на собственное будущее.

Сообщение плохих новостей обычно причиняет страдание равно как пациенту, так и тому, кто их сообщает. Будьте готовы к сильным эмоциональным реакциям (слезы, злость).

Рассказывая пациенту и семье обо всем, вы избегаете сложностей и недоверия. Это также дает возможность для взаимной поддержки.

Принцип «не убей надежду» иногда используется как причина не сообщать пациенту всей серьёзности положения. Ложный оптимизм, однако, и является разрушителем надежды.

С другой стороны, полный катарсис всего отрицательного, как пациенту, так и его семье, может неотвратимо разрушить надежду и вызвать безотчетную тревогу и отчаяние. Поэтому необходимо придерживаться двух параллельных принципов:

\* никогда не обманывать пациента

\* избегать бездумной откровенности

Общение на основе правдивости в сочетании с постоянной поддержкой и подбадриванием почти всегда ведет к зарождению надежды.

Помните: отношения между пациентом и врачом основано на доверии. Оно укрепляется честностью, но отравляется ложью.

Не компрометируйте ваши отношения с пациентом неразумными (и не этическими) обещаниями родственникам, не сообщать больному всю правду.

Если пациент прямо или косвенно показывает, что он не желает воспринять болезнь как нечто фатальное, то совершенно неправильно навязывать ему правду. (Некоторые пациенты, однако, постепенно привыкают к ней). Ответственность врача - направить пациента в русло реальности.

В основном, пациенты хотят знать больше о своём состоянии, если такая возможность открыта для них. Зачастую сам вопрос пациента открывает эту возможность: \* «Что же будет дальше, доктор?»; \* «Как долго, вы думаете, это будет продолжаться?»; \* «У меня нет никаких улучшений, ведь правда?»; \* «У меня ведь рак, да?»

Иногда врачу необходимо задавать открытые вопросы:

\* «Какие были ваши предположения о возможных причинах ваших симптомов?»

\* «Как вы чувствовали себя после операции?»

\* «Ваша болезнь развивается медленно, как вы её переносите?»

Если пациент хочет больше информации:

\* дать «предупредительный сигнал» до сообщения диагноза, например, «результаты анализа показали, что мы, возможно, имеем дело с чем-то серьёзным».

\* выстройте подаваемую информацию согласно степени понимания пациентом

\* используйте эвфемизмы в следующей последовательности:

«...несколько чужеродных клеток...»

«...некая разновидность опухоли...»

«...немного злокачественная...»

\* будьте готовы остановиться, если пациент показывает, что он получил достаточно информации, например, «Ну, я оставлю это все на Ваше усмотрение, доктор».

\* уясните, что пациент испытывает по поводу диагноза

Обычно врач недооценивает то, что пациент уже знает.

Для большинства людей рак - слово эмоциональное. Если вас спрашивают прямо «У меня рак?», узнайте, что пациент понимает под словом «рак» перед тем, как подтвердить диагноз. Если для него это означает болезненную смерть, уверьте его, что существует лечение, способное облегчить боль и другие симптомы, если они появятся.

После подачи отрицательной информации, дайте положительную:

\* что можно сделать, чтобы облегчить боль и другие симптомы

\* всё будет не так уж плохо

Правда имеет широкий спектр: с мягкостью с одной стороны и жесткостью - с другой. Пациенты всегда предпочитают мягкую правду. Насколько это возможно смягчите первоначальное восприятие эмоционально негативных слов:

Не «У вас рак» /*Но «Анализы показывают, что это разновидность рака»*

Не «Вам осталось жить три месяца»/ *Но «Время возможно ограничено»*

Используйте эвфемизмы, если они выражают правду в мягкой форме; не верно использовать их с целью избежания правды.

Используйте слова с положительными, а не с отрицательными оттенками:

Не «Вы слабеете» / *Но «Энергию в настоящий момент следует приберечь»*

**Как реагировать на злость**

Злость - это естественная реакция на плохие новости и может быть

направлена на доктора или на медперсонал.

Не имеет смысла защищаться.

Внимательно вслушивайтесь в выражаемый гнев.

Оправдайте злость как естественную реакцию на плохие новости.

Избегайте делать выводы о том, соответствует ли реакция ситуации.

**Дополнительные советы**

Не давайте ложной надежды.

Не бойтесь молчания

Обращайте внимание на реакции.

Проверьте еще раз, чтобы быть уверенным, что информация воспринята правильно.

Попытайтесь заставить пациента сделать собственные выводы.

Не давайте больше информации, чем требуется. Отвечайте конкретно на заданные вопросы.

Не исключайте отрицание, но и не соглашайтесь полностью: «Поживем – увидим».

Имейте достаточно уверенности, чтобы сказать «Я не знаю».

Дайте возможность выходу отрицательных эмоций (слезам, злости), а не только выражению положительных чувств.

Дайте семье информацию, чтобы им можно было планировать будущее.

Не давайте информации больше, чем требуется.

Признайте весь ужас неуверенности в будущем и рассмотрите проблемы, возникающие на этой почве.

Помните: замалчивание не спасет от неизбежного.

Будьте честны с самим собой: когда вы думаете, что вы хотите защитить пациента, это себя вы пытаетесь защитить, а не его.

Итак, попытайтесь:

\* выбрать правильную обстановку (уединение, время)

\* установите, что пациент знает, и *что* он хочет узнать

\* используйте открытые вопросы

\* установите положительное направление для развития дальнейших событий.

**Сочетание экспрессивных признаков некоторых психических процессов**

*(«Практикум по общей и экспериментальной психологии». – СПб., 1996)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЭМОЦИИ** | ГО­ЛОВА |  | ЛИЦО |  |
|  |  | БРОВИ | ГЛАЗА | РОТ |
| **Внимание**  **непроизвольное** | Прямая или наклонена к объекту | Приподняты, дугообразны; поперечные складки на лбу | Расширение глазных щелей; взгляд не фиксирован | Приоткрыт |
| **Внимание**  **произвольное** | Прямая или наклонена вбок, иногда вперед | Сдвигание и опускание головок бровей: продольные складки между ними | Сужение глазных щелей, взгляд фиксирован | Поперечно растянут |
| **Удивление** | Неподвижна | Приподнимание бровей; поперечные складки на лбу | Расширение глазных щелей, взор на объект | Приоткрыт |
| **Безразличие** | – | Брови занимают горизонтальное положение | Веки полуопущены; взгляд в сторону | – |
| **Страх** | Опущена иногда отвернута или откинута назад | Сближение и приподнимание бровей и продольно-поперечная складка на лбу | Расширение глазных щелей, напряжение нижнего века | Закрыт или приоткрыт. Поперечно растянут при активных формах страха |
| **Боль** | Неподвижна | Приподнимание головок бровей и поперечные складки на лбу или сближение бровей и продольная складка на лбу | Сужение глазных щелей | Плотно сомкнут ли верхняя губа приподнята |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЭМОЦИИ** | РУКИ | КОРПУС | НОГИ | КОМПЛЕКСНЫЕ |
|  |  |  |  | РЕАКЦИИ |
| **Внимание**  **непроизвольное** | – | – | – | – |
| **Внимание**  **произвольное** | Иногда моделируют объект внимания | Наклонен к объекту внимания или от него | – | Заторможенность, неподвижность; части тела копируют объект внимания |
| **Удивление** | Неподвижны, иногда пассивно свисают | Неподвижен ли устремленвперед | Согнуты в коленях | Гипотония мускулатуры |
| **Безразличие** | Опущенные, вялые, мало­подвижные | «Сломан», «вдавлен» в бедра | Ступни стоят произвольно; шарканье при ходьбе | Гипотония муску­латуры; наличие «двигательных шумов» |
| **Страх** | Прижаты к груди или закрывают лицо. Кисти сжаты в кулак. Дрожание. | Расслаблен, «вдавлен» в бедра, неподвижен; сутулость | Согнуты в коленях. Спотыкание при ходьбе. | Гипотония мускулатуры, иногда дрожь. Стремление к контакту с людьми. Семенящие движения при ходьбе. Застывание; иногда стремление съежиться |
| **Боль** | Дрожание. Отдергиваются от источника боли | Движение прочь от источника боли. Иногда неподвижность при внутренней боли (до успокоения) | Отдергивание от источника боли. Иногда - угловые позы со свернутыми носками | Общие напряжение мышц и особенно в месте болевого ощущения |

**Задание 8.** Дайте определение понятию «Медицинский комплаенс». Раскройте специфику его достижения при разных моделях взаимоотношений «врач — пациент».

|  |  |
| --- | --- |
| **Модели взаимоотношения «врач-пациент»**  **(по Р.Витчу)** | **Специфика достижения медицинского комплаенса** |
| **инженерная** |  |
| **пасторская (патерналистская)** |  |
| **коллегиальная** |  |
| **контрактная** |  |

*Тестирование*:

*Выберите правильный и наиболее полный ответ*

**1. ПРОЦЕСС ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ДВУХ ЛИЦ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ВЗАИМНОЕ ПОЗНАНИЕ, НА УСТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ, ОКАЗАНИЯ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ НА СОСТОЯНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПОВЕДЕНИЕ, А ТАКЖЕ НА РЕГУЛЯЦИЮ ИХ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:**

**1. общение**

2. социализация

3. манипулирование

4. воспитание

5. сотрудничество

**2. ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ЛЮДЕЙ В ПРОЦЕССЕ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕАЛИЗУЕТСЯ ФУНКЦИЯ ОБЩЕНИЯ:**

**1. прагматическая**

2. функция организации и поддержания межличностных отношений

3. внутриличностная функция

4. функция подтверждения

5. формирующая функция

**3. ПРИ ПОЗНАНИИ, ПОНИМАНИИ, УТВЕРЖДЕНИИ СЕБЯ В СОБСТВЕННЫХ ГЛАЗАХ ТОЛЬКО В ХОДЕ ОБЩЕНИЯ С ДРУГИМИ ЛЮДЬМИ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ ФУНКЦИЯ ОБЩЕНИЯ:**

**1. функция подтверждения**

2. формирующая функция

3. внутриличностная функция

4. прагматическая

5. функция организации и поддержания межличностных отношений

**4. ЭФФЕКТ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВОСПРИЯТИЯ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ ВО ВЛИЯНИИ ОБЩЕГО ВПЕЧАТЛЕНИЯ О ЧЕЛОВЕКЕ НА ВОСПРИЯТИЕ И ОЦЕНКУ ЧАСТНЫХ СВОЙСТВ ЕГО ЛИЧНОСТИ:**

**1. эффект ореола**

2. эффект последовательности

3. эффект авансирования

4. эффект проецирования

5. явление стереотипизации

**5. ЭФФЕКТ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВОСПРИЯТИЯ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В ТОМ, ЧТО ЧЕЛОВЕК ОЖИДАЕТ ОТ ОКРУЖАЮЩИХ ПОВЕДЕНИЯ ПО ЕГО СОБСТВЕННОЙ МОДЕЛИ:**

**1. эффект проецирования**

2. эффект последовательности

3. эффект авансирования

4. эффект ореола

5. явление стереотипизации

**6.К СРЕДСТВАМ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ :**

**1. мимика, жесты, другие движения тела**

2. речь, слушание, жесты

3. поза, жесты, вопросы

4. движения, мимика, обращение по имени

5. интонации, речь, взгляд

**7. МЕЖЛИЧНОСТНОЕ РАССТОЯНИЕ В ОБЩЕНИИ – ЛИЧНОСТНАЯ ДИСТАНЦИЯ – СОСТАВЛЯЕТ:**

**1. от 46 до 120 см**

2. от 1,2 до 3,6 метров

3. более 3,6 метра

4. от 15 до 45 см

5. от 30 до 50 см

**8. МЕЖЛИЧНОСТНОЕ РАССТОЯНИЕ В ОБЩЕНИИ – ЛИЧНОСТНАЯ ДИСТАНЦИЯ – СОСТАВЛЯЕТ:**

**1. от 46 до 120 см**

2. от 1,2 до 3,6 метров

3. более 3,6 метра

4. от 15 до 45 см

5. от 30 до 50 см

**9. МЕЖЛИЧНОСТНОЕ РАССТОЯНИЕ В ОБЩЕНИИ – ИНТИМНОЕ РАССТОЯНИЕ - СОСТАВЛЯЕТ:**

**1. от 15 до 45 см**

2. от 1,2 до 3,6 метров

3. от 46 до 120 см

4. менее 20 см

5. от 30 до 50 см

**10. КЛЮЧЕВОЙ КОМПОНЕНТ НЕВЕРБАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ:**

**1. взгляд**

2. жесты

3. мимика

4. расстояние между собеседниками

5. паузы

**11. К КАКОЙ ФАЗЕ ПАРТНЕРСКОГО ОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ СРЕДСТВА АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ, УМЕНИЕ ЗАДАВАТЬ ВОПРОСЫ, СНЯТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ:**

**1. ориентация в проблеме**

2. обсуждение

3. установление контакта

4. решение

5. знакомство

**12. ПРИЕМ АКТИВНОГО СЛУШАНИЯ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В УМЕНИИ МОЛЧАТЬ, НЕ ВМЕШИВАЯСЬ В РЕЧЬ СОБЕСЕДНИКА:**

**1. нерефлексивное слушание**

2. перефразирование

3. рефлексивное слушание

4. эмпатическое слушание

5. отзеркаливание

**13. ПРИЕМ АКТИВНОГО СЛУШАНИЯ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯСНЕНИЯ ТОЧНОСТИ ВОСПРИЯТИЯ УСЛЫШАННОГО:**

**1. рефлексивное слушание**

2. отзеркаливание

3. нерефлексивное слушание

4. эмпатическое слушание

5. перефразирование

**14. СИСТЕМА ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРИЧИН ПОВЕДЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ:**

**1. каузальная атрибуция**

2. наблюдательность

3. эффект ореола

4. социальные стереотипы

5. перефразирование

15. **ВАЖНЫМ УСЛОВИЕМ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1.доверительная дистанция

2.предупреждение госпитализма

3.применение клинического интервью

4.предупреждение ятрогений

5. общие интересы и ценностные ориентации

**16. ОПТИМАЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ:**

1.создает наилучшие условие лечения

2.способствует развитию межличностных отношений

3.способствует предотвращению конфликтов

4.способствует устранению конфликтов с пациентами

5.предупреждает эмоциональное выгорание

**17. НАУКА О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ МЕДРАБОТНИКА НАЗЫВАЕТСЯ:**

1.медицинская этика

2.медицинская деонтология

3.медицинская конфликтология

4.социальная медицина

5.медицинская психология

**18. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА - ЭТО:**

1.способность устанавливать и поддерживать контакты с людьми

2.способность управлять поведением членов медицинского коллектива

3.способность оказывать психологическое воздействие на пациента

4.способность предупреждать ятрогенное воздействие на пациента

5. способность разрешать конфликты

**19. УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕНИЕМ В СИСТЕМЕ «МЕДРАБОТНИК – ПАЦИЕНТ» ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСРЕДСТВОМ:**

1.обратной связи и механизмов убеждения, внушения, заражения

2.преодоление барьеров в общении

3.механизмов убеждения, внушения, заражения

4.методов активного слушания

5.рефлексии

**20. ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ АТМОСФЕРУ МЕДКОЛЛЕКТИВА ОПРЕДЕЛЯЕТ:**

1.субординация, общая цель деятельности

2.социальная цель деятельности, взаимозависимость, ответственность

3.сходство социального положения, близость и частота контактов

4. взаимозависимость, ответственность

5. близость и частота контактов

**21. В КАКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ВРАЧ ПРЕДСТАЕТ В РОЛИ ВОЛШЕБНИКА, ЗАБОТЛИВОГО ОТЦА И ДАЖЕ БОГА, КОТОРЫЙ ПО СВОЕМУ УСМОТРЕНИЮ УПРАВЛЯЕТ ЖИЗНЬЮ ЧЕЛОВЕКА (ПАЦИЕНТА). ПАЦИЕНТ ВЫСТУПАЕТ В РОЛИ РЕБЕНКА, СЛЕПО И БЕЗОГОВОРОЧНО ДОВЕРЯЮЩЕГО ОТЦУ И НЕ НЕСЕТ НИКАКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ:**

1. патерналистская (сакральная) модель

2. модель технического типа

3. модель коллегиального типа

4. модель контрактного типа

5. демократическая модель

**22. В КАКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЖИТ В РАВНОЙ СТЕПЕНИ И НА ВРАЧЕ И НА ПАЦИЕНТЕ; ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА – ПРОЦЕСС ЛИКВИДАЦИИ «ПОЛОМКИ» В ЧЕЛОВЕКЕ, ОН ЯВЛЯЕТСЯ САМОЦЕННЫМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НАУЧНОГО ЗНАНИЯ И ПРЕДПОЛАГАЕТ ЯРКО ВЫРАЖЕННУЮ БЕСПРИСТРАСТНОСТЬ ВРАЧА:**

1. модель технического типа

2. демократическая модель

3. модель коллегиального типа

4. модель контрактного типа

5. патерналистская (сакральная) модель

**23. В КАКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ОНИ ВЫСТУПАЮТ КАК РАВНЫЕ КОЛЛЕГИ В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЬЮ; ПРИ ЭТОМ ВРАЧ НЕ ИСПЫТЫВАЕТ СТРАДАНИЙ БОЛЬНОГО:**

1. модель коллегиального типа

2. демократическая модель

3. модель технического типа

4. модель контрактного типа

5. патерналистская (сакральная) модель

**24. В КАКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЖИТ В РАВНОЙ СТЕПЕНИ И НА ВРАЧЕ И НА ПАЦИЕНТЕ; ПРИ ЭТОМ ВРАЧ ОСОЗНАЕТ, ЧТО В СЛУЧАЯХ ЗНАЧИМОГО ВЫБОРА ЗА ПАЦИЕНТОМ ДОЛЖНА СОХРАНЯТЬСЯ СВОБОДА УПРАВЛЯТЬ СВОЕЙ ЖИЗНЬЮ И СУДЬБОЙ:**

1. модель контрактного типа

2. модель коллегиального типа

3. модель технического типа

4. демократическая модель

5. патерналистская (сакральная) модель

**Тема 6. Конфликты в профессиональном взаимодействии**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

контроль выполнения практического задания;

тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для самоконтроля:*

1.Понятие конфликта и его сущности.

2.Методы управления конфликтом в сестринских коллективах (замалчивание конфликта, сглаживание конфликта, подавление конфликта, объективное решение проблемы, поиск компромисса).

3.Причины конфликта. Положительный и отрицательный потенциал конфликта.

4. Конфликты в паллиативной медицине.

*Контроль выполнения практического задания:*

**Задание 1.** Составьте глоссарий по теме «**Конфликты в профессиональном взаимодействии»:** инцидент, конфликт, конфликтная личность, конфликтная ситуация, конфликтогены, избегание, приспособление, соперничество, компромисс, сотрудничество.

**Задание 2. Проведите самодиагностику по** Методике Томаса - Килманна на выявление ведущего поведения в конфликтной ситуации.

**Задание 3.  Решение ситуационных задач.**

**Задача № 1.**

В палату к пациенту вошла медсестра и с возмущением говорит пациенту, что он до сих пор не приготовился и не подошел на процедуру, которую ему назначил врач. Пациент, читая книгу и не поняв в чем его обвиняют, отказывается идти на процедуру.

**Вопросы:** определите для ситуации вид барьера общения; оцените вероятность возникновения конфликта.

**Задача № 2.**

Старшая медсестра вызывает к себе в кабинет постовую медсестру и сообщает ей, что пациенты ее отделения не соблюдают распорядок лечебного отделения,  т.е.  после обеда многие пациенты во время послеобеденного «тихого сна»  ходят по коридору, сидят в холле на диване, выходят на балкон. В 22 часа не готовятся ко сну, а смотрят телевизор в палате. При этом постовая медсестра не соглашается с замечаниями старшей медсестры.

**Вопросы:** определите для ситуации вид барьера общения; оцените вероятность возникновения конфликта.

**Задача № 3.**

В приемное отделение поступила девушка 27 лет с подозрением на О. аппендицит. Врач, осмотрев ее, решает госпитализировать девушку в хирургическое отделение. Медсестра приемного отделения просит пациентку пройти в соседнюю комнату для санитарной обработки. В процессе раздевания в сан. комнату вошли санитарки и стали обсуждать планерку. Пациентка не стала дальше  раздеваться, высказав свое возмущение поведением санитарок, и отказалась от проведения манипуляции.

**Вопросы:** определите для ситуации вид барьера общения; оцените вероятность возникновения конфликта.

**Задание 4.** Возникали ли у вас напряжённые ситуации на практике? 2. Как вы их решали?

Какие стили взаимодействия с пациентами вы использовали? Являлись ли они эффективными? Учитывали ли вы индивидуальные возрастные особенности пациентов?

Удавалось ли вам справляться со своим эмоциональным состоянием?

**Задание 5. Упражнение «Достойный ответ».**

В конфликте мы часто слышим неприятные реплики в свой адрес. Культурный человек никогда не ответит грубостью на грубость, постарается сохранить достоинство.

**Инструкция:** постарайтесь дать достойный ответ, не унижая ни собеседника, ни себя на следующие реплики.

**Реплики:**

1. Ты никогда никому не помогаешь.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ты слишком высокого мнения о себе. Ты ведёшь себя так, как будто ты самый главный здесь.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. С тобой нельзя иметь никаких деловых отношений.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ты слишком много болтаешь ерунды.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Сначала говорить научись, а потом спорь.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Когда-нибудь твою голову посещают умные мысли?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. С таким человеком, как ты трудно найти общий язык.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Мне безразлично твоё мнение.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. С тобой бесполезно договариваться о чём-либо. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ты слишком плохо воспитана.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Задание 6.** Приведите пример конфликтной ситуации в общении медицинского работника с пациентом из вашей практики или практики знакомых коллег и проанализируйте ее (причина конфликта, ошибочные действия специалиста в конфликте, возможные пути выхода, методы управления конфликтом, конструктивная и деструктивная роли данного конфликта.)

**Теоретический материал к заданиям 3-6.**

**УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТОМ .**

Работа медсестры связана с пациентами, которые вследствие своего болезненного состояния испытывают различные негативные эмоции, такие как тревога, печаль, негативизм, озлобленность. Это в свою очередь может приводить к агрессивности и повышенной конфликтности. Медицинской сестре важно знать, как конструктивно реагировать и нивелировать негативное поведение. Однако, нужно помнить, что конфликты неизбежны даже при самых хороших отношениях, вследствие того что все люди разные. И дело вовсе не в том, чтобы избегать конфликтов, а в том, чтобы научиться грамотно их разрешать. Необходимым условием для этого является понимание природы конфликта и его различных сторон.

Конфликт – это способ взаимодействия людей при столкновении противоположных точек зрения, мотивов, установок, интересов, потребностей, норм и типов поведения. Понятие конфликта неоднозначно и рассматривается обычно с двух сторон.

***Конструктивные стороны конфликта***: ϑ Вскрывает «слабое звено» в организации, во взаимоотношениях (диагностическая функция). ϑ Даёт возможность увидеть скрытые отношения. ϑ Даёт возможность выплеснуть отрицательные эмоции, снять напряжение. ϑ Конфликт – это толчок к пересмотру, развитию своих взглядов на привычное. ϑ Необходимость разрешения конфликта обуславливает развитие отношений. ϑ Способствует сплочению коллектива в противоборстве с внешним врагом.

***Деструктивные стороны конфликта***: Λ Отрицательные эмоциональные переживания, которые могут привести к различным заболеваниям. Λ Нарушение деловых и личных отношений между людьми, снижение дисциплины. В целом – ухудшение социально-психологического климата. Λ Ухудшение качества работы. Сложное восстановление деловых отношений. Λ Представление о победителях или побеждённых как о врагах. Λ Временные потери. На одну минуту конфликта приходится 12 минут послеконфликтных переживаний.

По какому пути пойдет конфликт, деструктивному или конструктивному, во многом зависит от личности и состояния людей, вступивших в конфликт. Некоторые люди изначально бывают настроены на конфликтное противостояние и это важно учитывать при взаимодействии с ними.

***Особенности характера и поведения человека, склонного к конфликтам***: • стремление во что бы то ни стало доминировать, быть первым, сказать свое последнее слово; • быть настолько «принципиальным», что это подталкивает к враждебным действиям и поступкам; • излишняя прямолинейность в высказываниях и суждениях; • критика, особенно необоснованная, недостаточно аргументированная; • плохое настроение, если оно к тому же периодически повторяется; • консерватизм мышления, взглядов, убеждений; • излишняя настойчивость; • стремление сказать правду в глаза, бесцеремонное вмешательство в личную жизнь; • несправедливая оценка поступков и действий других, умаление роли и значимости другого человека; • неадекватная оценка своих возможностей и способностей, особенно их переоценка; • инициатива, особенно творческая (там, где это не нужно).

Психолог Дженни Грехем Скотт (1991) предлагает следующие рекомендации по общению с конкретными «трудными» типами людей, однако мы должны иметь в виду, что в жизни скорее встречаются люди, обладающие набором особенностей нескольких типов. Поэтому нижеследующая классификация, предложенная автором, носит условный характер.

***«Паровой каток».*** Люди этого типа считают, что все должны уступать им, они убеждены в собственной правоте. Главная угроза для них — подрыв их имиджа, поэтому они могут вести себя грубо, бесцеремонно по причине того, что боятся ошибки, после которой произойдет подрыв их имиджа. Поэтому при общении с таким партнером, если предмет спора не очень для вас важен, лучше использовать такие способы выхода из конфликта, как уклонение или приспособление. Уступив такому человеку в малом, вы поможете ему успокоиться. Если же вы решили бороться за свои права, желательно дать «паровому катку» выпустить пар, снизить эмоциональное напряжение. Не перечьте ему в это время. А затем спокойно и уверенно изложите свою точку зрения, ни в коем случае не критикуя его подход, иначе вместо конструктивного решения вы спровоцируете враждебное отношение к себе. Ярость «парового катка» можно подавить только собственным спокойствием.

***«Скрытый агрессор».*** Такие люди стремятся причинить нам неприятности с помощью закулисных махинаций. Причем они вполне убеждены в своей правоте, в том, что именно они выполняют роль тайного мстителя, что они восстанавливают справедливость. Иногда их поведение вызвано тем, что они не обладают властью, чтобы действовать открыто. При возникновении трудностей общения с подобным «оппонентом» при возможности лучше уклониться от общения с ним, но в случае необходимости взаимодействия желательно выявить конкретный факт причинения зла и сказать такому человеку, что вам известно, что именно он совершил то или иное действие против вас. Приведите ему доказательства, если он будет оспаривать ваши факты. Однако сохраняйте при этом спокойствие, не давайте ему повода для агрессивного нападения. После того, как вы разоблачили его, попытайтесь определить скрытые причины подобного поведения. Если вы поймете их, то вам легче будет прийти к общему решению. Быть может, он считает вас конкурентом, стремится получить то, что вовсе не нужно для вас (например, должность, внеочередной отпуск).

***«Разгневанный ребенок»***. Эти люди не злы по своей природе, но время от времени взрываются подобно детям, у которых плохое настроение. Как правило, также вспышки бывают спровоцированы ощущением беспомощности, испугом, что в настоящий момент у них «земля уходит изпод ног» и они теряют контроль над ситуацией. Будь то родитель, который кричит на сына-подростка, или начальник, топающий ногами на подчиненного, причина вспышки может быть одна и та же: «разгневанный ребенок» боится потерять авторитет, власть, боится не справиться с ситуацией. Если у вас нет возможности уклониться от контакта с таким человеком, то лучше всего в момент вспышки не перечить ему, дать накричаться, убедить его в том, что вы слушаете его. То есть он должен быть уверен, что по-прежнему контролирует ситуацию, это его успокоит. После вспышки он, скорее всего, будет ощущать дискомфорт, смущение, раскаяние, поэтому лучше всего не заостряйте внимание на случившемся, не напоминайте и не упрекайте его в содеянном. Переведите разговор на решение проблемы, не настаивайте на извинении перед вами, а если извинения последовали без вашей просьбы, примите их тут же, без анализирования случившегося. Помогая «разгневанному ребенку» вновь почувствовать себя спокойно, уверенно, вы тем самым приблизите обоих к моменту конструктивного решения проблемы.

***«Жалобщик».*** «Жалобщики», как реалистичные, так и те, что жалуются на воображаемые обстоятельства, как правило, охвачены какой-либо идеей и обвиняют всех окружающих. Если «жалобщик» говорит вам о ком-то другом, можно либо поддакивать, либо возразить ему. Но лучше сначала просто его выслушать, причем совсем не обязательно соглашаться с тем, что он говорит. Может, единственное, что ему необходимо, — быть выслушанным, и вы тем самым возвратите ему ощущение собственной значимости. Выслушав, используйте технику резюмирования: изложите кратко суть его жалобы, дайте ему понять, что вы услышали его слова. Затем лучше всего перевести разговор на другую тему. Если же он вновь и вновь будет возвращаться к теме своей жалобы, спокойно и уважительно прервите его, переключите на решение проблемы, а не на ее описание. Можно спросить его: «Что бы вы хотели сделать в данной ситуации?» Скорее всего, у «жалобщика» нет готового рецепта, тогда вы спросите: «Чем я могу вам помочь?» Если и тут ситуация не прояснится, попробуйте вместе с ним придумать, какой конкретный человек (или люди) может помочь в этой ситуации.

***«Молчун».*** Причины скрытности таких людей могут быть самыми разными (враждебное отношение, плохое самочувствие, природная интровертированность и др.), и успех вашего общения будет зависеть от того, известна ли вам эта причина. Лучше всего с целью выяснения этого задать «молчуну» несколько открытых вопросов (например: «Что вы думаете по этому поводу?»). Но не перегибайте палку: если вопросов будет слишком много, «молчун» еще больше может замкнуться, ибо ваш разговор будет похож на допрос. Причем необходимо учитывать и возможные природные особенности человека: если он обычно малоразговорчив и медленно действует, то вы, задав ему какой-либо вопрос, не торопите его с ответом, не подгоняйте (ему необходимо больше времени для ответа). Если этот человек заговорил с вами, не старайтесь тут же заполнять возможные в этом случае паузы в разговоре. Не торопите его, дайте обдумать и высказать ему все, что он хочет, в удобном для него темпе. В противном случае он вряд ли захочет продолжать общение с вами. Главное при взаимодействии с такими людьми — доброжелательное отношение к ним. Соблюдайте чувство меры: если вы видите, что общение с вами тяготит «молчуна», не настаивайте, не вовлекайте его в разговор против его воли. Возможен вариант, когда вы, размышляя вслух, говорите о причине молчания партнера: «Мне кажется, что вы чем-то расстроены...». Однако такой способ помогает далеко не всегда: если человеку неприятно то, что вы сказали, или вы ошиблись в своем предположении, он может прекратить общение вовсе.

***«Сверхпокладистый».*** Когда такие люди встречаются нам, они кажутся приятными во всех отношениях: поддерживают любую нашу идею, всегда уступают в спорах, стараясь понравиться всем окружающим. Но, как правило, их слова расходятся с делом: вы полагаетесь на такого человека, а он в ответственный момент подводит вас, не выполнив того, что обещал. Если вы вынуждены общаться с таким человеком, скажите что для вас самое главное — правдивость. Объясните, что вы будете относиться к нему лучше не в том случае, когда он соглашается с вами во всем и обещает помочь во всем, а когда он будет говорить вам правду о том, что он думает и что делает. Однако этот человек должен видеть и с вашей стороны подобное поведение.

**Общие правила поведения в конфликте**:

1. Дайте возможность человеку «выпустить пар». Пока он раздражен, агрессивен, если его переполняют отрицательные эмоции, договориться с ним будет трудно. Во время его «взрыва» ведите себя спокойно, уверенно, но не высокомерно.

2. Попросите обосновать свои претензии. Скажите, что будете учитывать только факты и объективные доказательства.

3. Переключите сознание разгневанного партнера по общению с отрицательных эмоций на положительные. Для этого можно использовать следующие приёмы: ⎫ попросите у конфликтующего совета; ⎫ задайте неожиданный вопрос совсем о другом, но значимом для него; ⎫ напомните о том, что связывало вас в прошлом и было приятным; ⎫ выразите сочувствие (например, тому, что он потерял слишком много).

4. Не давайте человеку отрицательных оценок, а говорите о своем отношении к конкретным действиям и поступку. Вместо: «Вы грубый человек» лучше скажите: «Я огорчён тем, как вы со мной разговариваете»; «Вы уже дважды не выполнили своё обещание» вместо «Вы – необязательный человек».

5. Попросите сформулировать желаемую цель, пути и варианты достижения ее и огласите свои варианты решения. Лучше будет, если из нескольких вариантов вам удаться выбрать такое решение, которое удовлетворило бы обоих. Если не можете договориться о чём-то, то ищите объективную меру для соглашения (нормативы, факты, существующие положения, инструкции и т.д.).

6. В любом случае дайте возможность партнеру «сохранить лицо». Сдержите первую реакцию ответа агрессией на агрессию.

7. Доброжелательно проговорите основное содержание претензий партнера для опровержения или подтверждения правильности понимания его высказываний. Например: «Правильно ли я Вас понял?», «Вы хотели сказать…?». Эта тактика устраняет недоразумения, и, кроме того, она демонстрирует внимание к человеку. А это тоже уменьшает его агрессию.

8. Пытайтесь выстраивать диалог «на равных». Держитесь твердо в позиции спокойной уверенности.

9. Избегайте словесной констатации отрицательного эмоционального состояния партнёра («А что ты нервничаешь, чего злишься?). Подобные «успокаивающие» слова только усиливают развитие конфликта. Лучше сказать: «Я вижу, вы расстроены. Когда вы успокоитесь мы попробуем разобраться в ситуации»

10. Не бойтесь извиниться, если чувствуете себя виноватым.

11. Сделайте совместный выбор наиболее оптимального способа разрешения конфликта и оговорите взаимоотношения на будущее.

12. Независимо от результатов взаимодействия старайтесь сохранять деловые отношения сотрудничества и взаимопомощи.

**10 принципов общения с конфликтным пациентом**

1. **Слушайте внимательно и Вы поймёте, что стоит за агрессией.**За ней вполне может оказаться реальная проблема. Необходимо понять чувства пациента-в этом помогут не столько его слова, сколько тон голоса, интонации и жесты. Затем услышьте главную мысль в потоке, отделяя агрессивную форму от содержания, иначе собственные эмоции помешают адекватно воспринять ситуацию.  
   Слушайте ЧТО говорит, а не КАК говорит.  
   **2. Не поддавайтесь на провокации.**Агрессивный пациент ждёт, что Вы ответите на его провокацию, вступив в словесную перепалку. Помните, что Вы сильнее в медицинских вопросах, а вступив в обмен словесными выстрелами, станете равным с пациентом.  
   В словесной дуэли нет победителей, ибо проблема так и не решится.  
   **3. Не повторяйте за пациентом грубых слов.**Перефразируйте сказанное, не изменяя сути, и ответьте по существу проблемы. Чем эмоциональнее пациент, тем более спокойнее реагируйте. Оставайтесь вежливы и корректны, но обязательно продолжайте проявлять интерес к медицинской проблеме пациента.  
   Холодная корректность бесит агрессора так же, как и ответное хамство.  
   **4. Не принимайте на свой счёт.**Агрессия пациентов в большинстве случаев направлена не на Вас, а на ситуацию. "Вы всё перепутали!" означает, что "Мои анализы не пришли вовремя и и кто в этом виноват, меня не интересует, но поскольку я говорю с Вами, то Вам меня слушать и исправлять ситуацию"  
   Врач выступает в роли громоотвода, а не цели агрессии.  
   **5. Обращайтесь к пациенту по имени.**Если пациент и слова не даёт вставить-назовите его по имени+/-отчеству. Большинство прислушивается и Вы сможете озвучить свой ответ.  
   "Помните, что для человека звук его имени-самый сладкий и самый важный звук в человеческой речи" (с)  
   **6. Выразите сочувствие и понимание.**Необходимо выразить сожаление по поводу сложившейся ситуации, но без частностей. Не отделяйте себя от учреждения, в котором работаете, либо от коллег, даже если есть их вина.  
   "Я понимаю Ваши чувства, и это действительно неприятно. Сожалею, что произошло это недоразумение"  
   **7. Согласитесь и принесите извинения.**Если недовольство пациента обоснованно, то лучше сразу с этим согласиться. Если необоснованно, то согласиться с оговоркой сути ситуации без перехода на личности. Мнимое согласие и мнимое признание вины сразу гасит конфликт и позволяет перейти решению вопроса.  
   Будьте выше и лучше агрессора.  
   **8. Возьмите перерыв при необходимости и по возможности.**Если чувствуете, что эмоции переполняют, то покиньте поле боя, чтобы прийти в себя. Это надо сделать под благовидным предлогом и ненадолго.  
   "Извините, мне надо проверить информацию по этому вопросу. Я вернусь к Вам, через минуту."  
   **9. Предложите план действий.**После того, как Вы выслушали пациента и поняли, в чём заключается его проблема, изложите свои предложения чётко и недвусмысленно. Будьте абсолютно уверены, что Ваш план осуществим.  
   **10. Заканчивайте своё предложение решения закрытым вопросом.**"Вас устраивает такой вариант?"  
   Это создаёт иллюзию выбора, при котором пациенту ничего не остаётся, как подтвердить Ваш.

**Задание 7.** Составьте компьютерную презентацию по теме«**Конфликты в профессиональном взаимодействии**»

*Тестирование*:

*Выберите правильный и наиболее полный ответ*

**1.СТОЛКНОВЕНИЕ ПРОТИВОПОЛОЖНО НАПРАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ, ИНТЕРЕСОВ, ПОЗИЦИЙ, ЯВЛЕНИЙ, ВЗГЛЯДОВ ОППОНЕНТОВ ИЛИ СУБЪЕКТОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ:**1.конфликт  
2.конкуренция  
3.соревнование

4.противоречие

5.дискуссия

**2.ФАЗА, НА КОТОРОЙ САМАЯ ВЫСОКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА:**1.начальная фаза  
2.фаза подъема  
3.пик конфликта  
4.фаза спада

5.предварительная фаза

**3. В ПЕРЕВОДЕ С ЛАТИНСКОГО «КОНФЛИКТ» ОЗНАЧАЕТ:**

1. столкновение

2. соглашение  
3. противоборство  
4. существование

5. противостояние

**4. ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ И ЭФФЕКТИВНЫХ ФОРМ УЧАСТИЯ ТРЕТЬЕГО ЛИЦА В РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТОВ:**

1. переговорный процесс

2. сотрудничество

3. компромисс

4.дискуссия

5. дебаты

**5. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ КОНСТРУКТИВНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОЛНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ – ЭТО:**

1. партнерство

2. уход

3. компромисс

4. договор

5. дискуссия

**6. СПОСОБ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕНАСИЛЬСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ПРИЕМОВ ДЛЯ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ – ЭТО:**

1. переговоры

2. дебаты

3. игнорирование

4. рефлексия

5. эмпатия

**7. СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧАСТНИКОВ КОНФЛИКТА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ И РАЗРЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ:**

1. разрешение конфликта

2. затухание конфликта

3.манипуляторство

4. групповое взаимодействие

5. межличностное общение

**8. ПРОЦЕСС ПЕРЕХОДА ОТ ПРЕДКОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ К КОНФЛИКТУ И ЕГО РАЗРЕШЕНИЮ ОТРАЖАЕТ:**

1. динамика конфликта

2. темперамент участников конфликта

3. объект конфликта

4. групповое взаимодействие

5. прекращение противоречий

9. **К ЭТАПАМ КОНФЛИКТА ОТНОСЯТСЯ:**

1.предконфликтная ситуация, открытый конфликт с инцидентом, эскалацией и завершением, послеконфликтный период

2. возникновение противоречий, этап попыток снижения напряженности, нарастание противоречий, разрешение конфликта

3. предконфликтная ситуация, открытый конфликт с инцидентом,послеконфликтный период

4. инцидент, эскалация, примирение

5. инцидент, эскалация, завершение

10. **КОМПРОМИСС НЕВОЗМОЖЕН В КОНФЛИКТЕ:**

1. ценностей

2. интересов

3. ресурсов

4.начальник-подчиненный

5.преимуществ

11. **ПОДНЯТИЕ УРОВНЯ ВЗАИМНОЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТОРОН – ЭТО ФУНКЦИЯ КОНФЛИКТА:**

1. информационная

2. профилактическая

3. сигнальная

4. развивающая

5. образовательная

12. **ПЕРЕГОВОРЫ КАК СПОСОБ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:**

1.выдвижение своих требований каждой из сторон с одновременной готовностью к компромиссу

2.обращение за помощью третьей стороны

3. обязательства, данные участниками конфликта, по восстановлению мирных отношений

4. достижение компромисса

5.давление более сильной стороны на слабую

**13. ЗАМОРАЖИВАНИЕ КОНФЛИКТА ПРЕДПОЛАГАЕТ:**

1. его отсрочку с сохранением имеющихся противоречий

2.изучение возникших противоречий для определения их причин и прогнозирования;

3. запрет управляющего субъекта на участие в конфликте во имя общих интересов

4. его прекращение

5. меры по разрешению конфликта

**14. ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА:ИМПУЛЬСИВЕН, НЕДОСТАТОЧНО КОНТРОЛИРУЕТ СЕБЯ, ПОВЕДЕНИЕ ПЛОХО ПРЕДСКАЗУЕМО, ВЕДЕТ СЕБЯ ВЫЗЫВАЮЩЕ. ЧАСТО НЕ ОБРАЩАЕТ ВНИМАНИЯ НА ОБЩЕПРИНЯТЫЕ НОРМЫ ОБЩЕНИЯ, НЕСАМОКРИТИЧЕН, ВО МНОГИХ НЕПРИЯТНОСТЯХ СКЛОНЕН ОБВИНЯТЬ ДРУГИХ:**   
**1.неуправляемый**  
2.ригидный  
3.бесконфликтный  
4.демонстративный  
5.сверхточный

**15. ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА:** скрупулезно относится к работе, предъявляет повышенные требования к себе и окружающим, причем последним кажется, что он придирается, обладает повышенной тревожностью, чрезмерной чувствительностью к деталям, склонен придавать излишнее значение замечаниям окружающих. Страдает от себя сам, переживает свои просчеты, неудачи, подчас расплачивается за них даже болезнями (бессонницей, головными болями и т.д.)  
**1.сверхточный**

2.неуправляемый  
3.ригидный  
4.бесконфликтный  
5.демонстративный  
**16. ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА: РАЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВЫРАЖЕНО СЛАБО, ЯРКО ВЫРАЖЕНО ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ПЛАНИРОВАНИЕ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СИТУАТИВНО И СЛАБО ВОПЛОЩАЕТСЯ В ЖИЗНЬ, ХОРОШО СЕБЯ ЧУВСТВУЕТ В СИТУАЦИИ КОНФЛИКТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ:**

**1.демонстративный**  
2.неуправляемый  
3.ригидный  
4.бесконфликтный  
5.сверхточный

**17. СТИЛЬ, КОТОРЫЙ ОЗНАЧАЕТ РАСПОЛОЖЕННОСТЬ УЧАСТНИКОВ КОНФЛИКТА К УРЕГУЛИРОВАНИЮ РАЗНОГЛАСИЯ НА ОСНОВЕ ВЗАИМНЫХ УСТУПОК, ДОСТИЖЕНИЯ ЧАСТИЧНОГО УДОВЛЕТВОРЕНИЯ СВОИХ ИНТЕРЕСОВ И В РАВНОЙ МЕРЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ АКТИВНЫЕ И ПАССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, ПРИЛОЖЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И КОЛЛЕКТИВНЫХ УСИЛИЙ:   
1.компромисс**

2.конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)  
3.уклонение (уход)  
4.приспособление (уступка)  
5.сотрудничество  
**18. МОДЕЛЬ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРОЙ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ: ПОСТОЯННО СТРЕМИТСЯ К РАСШИРЕНИЮ И ОБОСТРЕНИЮ КОНФЛИКТА; ПОСТОЯННО ПРИНИЖАЕТ ПАРТНЕРА, НЕГАТИВНО ОЦЕНИВАЕТ ЕГО ЛИЧНОСТЬ; ПОЯВЛЯЕТ ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ И НЕДОВЕРИЕ К СОПЕРНИКУ, НАРУШАЕТ ЭТИКУ ОБЩЕНИЯ:**

**1. деструктивная**  
2.конструктивная  
3.конформистская  
4.нонконформистская

**5.** агрессивная

**19.** **СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЯВНЫМ ОТСУТСТВИЕМ У ВОВЛЕЧЕННОГО В КОНФЛИКТНУЮ СИТУАЦИЮ ЖЕЛАНИЯ СОТРУДНИЧАТЬ С КЕМ-ЛИБО И ПРИЛАГАТЬ АКТИВНЫЕ УСИЛИЯ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СОБСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ, РАВНО КАК И ПОЙТИ НАВСТРЕЧУ ОППОНЕНТАМ:**

**1.**приспособление (уступка)  
**2.уклонение (уход)**  
3.конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)  
4.сотрудничество  
5.компромисс

**20. ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА: НЕУСТОЙЧИВ В ОЦЕНКАХ И МНЕНИЯХ, ОБЛАДАЕТ ЛЕГКОЙ ВНУШАЕМОСТЬЮ, ВНУТРЕННЕ ПРОТИВОРЕЧИВ, ХАРАКТЕРНА НЕКОТОРАЯ НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ, ОРИЕНТИРУЕТСЯ НА СИЮМИНУТНЫЙ УСПЕХ В СИТУАЦИЯХ, НЕДОСТАТОЧНО ХОРОШО ВИДИТ ПЕРСПЕКТИВУ, ЗАВИСИТ ОТ МНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ, НЕ ОБЛДАЕТ ДОСТАТОЧНОЙ СИЛОЙ ВОЛИ, ИЗЛИШНЕ СТРЕМИТСЯ К КОМПРОМИССУ:**

1. **бесконфликтный**  
2. неуправляемый  
3.ригидный  
4.демонстративный  
5.сверхточный

**21. СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ, КОТОРЫЙ НАЦЕЛЕН НА МАКСИМАЛЬНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ УЧАСТНИКАМИ КОНФЛИКТА СОБСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ, ПРЕДПОЛАГАЕТ СОВМЕСТНЫЙ ПОИСК ТАКОГО РЕШЕНИЯ, КОТОРЫЙ ОТВЕЧАЕТ УСТРЕМЛЕНИЯМ ВСЕХ КОНФЛИКТУЮЩИХ СТОРОН:   
1.сотрудничество**  
2.конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)  
3.уклонение (уход)  
4.приспособление (уступка)  
5.компромисс

**22. МОДЕЛЬ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРОЙ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ: ПАССИВНА, СКЛОННА К УСТУПКАМ; НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНА В ОЦЕНКАХ, СУЖДЕНИЯХ, ПОВЕДЕНИИ; ЛЕГКО СОГЛАШАЕТСЯ С ТОЧКОЙ ЗРЕНИЯ СОПЕРНИКА; УХОДИТ ОТ ОСТРЫХ ВОПРОСОВ:**  
**1.конформистская**  
2.конструктивная  
3.деструктивная  
4.нонконформистская

5. гармоничная

**23. СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ, КОТОРЫЙ СТРЕМИТСЯ НАВЯЗАТЬ ДРУГИМ СВОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ, УПОВАЕТ ТОЛЬКО НА СВОЮ СИЛУ, НЕ ПРИЕМЛЕТ СОВМЕСТНЫХ ДЕЙСТВИЕЙ, ПРОЯВЛЯЯ ЭЛЕМЕНТЫ МАКСИМАЛИЗМА, ВОЛЕВОЙ НАПОР, ЖЕЛАНИЕ ЛЮБЫМ ПУТЕМ, ВКЛЮЧАЯ СИЛИВОЕ ДАВЛЕНИЕ, АДМИНИСТРАТИВНЫЕ САНКЦИИ, ЗАПУГИВАНИЕ, ШАНТАЖ, ЧТОБЫ, ВО ЧТО БЫ ТО НИ СТАЛО ВЗЯТЬ ВЕРХ НАД ОППОНЕНТОМ, ОДЕРЖАТЬ ПОБЕДУ В КОНФЛИКТЕ:**

1.**конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)**  
2. уклонение (уход)  
3.приспособление (уступка)  
4.сотрудничество  
5.компромисс

**24. МОДЕЛЬ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРОЙ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ: СТРЕМИТСЯ УЛАДИТЬ КОНФЛИК; НАЦЕЛЕНА НА ПОИСК ПРИЕМЛЕМОГО РЕШЕНИЯ; ОТЛИЧАЕТСЯ ВЫДЕРЖКОЙ И САМООБЛАДАНИЕМ, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ОТНОШЕНИЕМ К СОПЕРНИКУ; ОТКРЫТА И ИСКРЕННА, В ОБЩЕНИИ ЛАКОНИЧНА И НЕМНОГОСЛОВНА:   
1.конструктивная**  
2.деструктивная  
3.конформистская  
4.нонконформистская

**25. СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЙ ОТЛИЧАЕТСЯ СКЛОННОСТЬЮ УЧАСТНИКОВ КОНФЛИКТА СМЯГЧИТЬ, СГЛАДИТЬ КОНФЛИКТНУЮ СИТУАЦИЮ, СОХРАНИТЬ ИЛИ ВОССТАНОВИТЬ ГАРМОНИЮ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ПОСРЕДСТВОМ УСТУПЧИВОСТИ, ДОВЕРИЯ, ГОТОВНОСТИ К ПРИМИРЕНИЮ:   
1.приспособление (уступка)**  
2.конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)  
3.уклонение (уход)  
4.сотрудничество  
5.компромисс

**26. ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА: ПОДОЗРИТЕЛЕН, ОБЛАДАЕТ ЗАВЫШЕННОЙ САМООЦЕНКОЙ, ПОСТОЯННО ТРЕБУЕТ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СОБСТВЕННОЙ ЗНАЧИМОСТИ, ПРЯМОЛИНЕЕН И НЕ ГИБОК, С БОЛЬШИМ ТРУДОМ ПРИНИМАЕТ ТОЧКУ ЗРЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ. НЕ СЧИТАЕТСЯ С ИХ МНЕНИЕМ. ПОЧТЕНИЕ СО СТОРОНЫ ОКРУЖАЮЩИХ ВОСПРИНИМАЕТ КАК ДОЛЖНОЕ. ВЫРАЖЕНИЕ НЕДОБРОЖЕЛАТЕЛЬСТВА СО СТОРОНЫ ОКРУЖАЮЩИХ ВОСПРИНИМАЕТ КАК ОБИДУ. МАЛОКРИТИЧЕН ПО ОТНОШЕНИЮ К СВОИМ ПОСТУПКАМ. БОЛЕЗНЕННО ОБИДЧИВ, ПОВЫШЕННО ЧУВСТВИТЕЛЕН ПО ОТНОШЕНИЮ К МНИМЫМ ИЛИ ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ НЕСПРАВЕДЛИВОСТЯМ:**

**1.ригидный**  
2.неуправляемый  
3.бесконфликтный  
4.демонстративный  
5.сверхточный

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БОНУСНЫХ БАЛЛОВ.**

**Посмотрите один или несколько фильмов, в которых отражается проблема отношений человека в условиях болезни. Напишите отзыв о фильме, используя полученные при изучении дисциплины «Медицинская психология» в форме эссе.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Виноваты звезды (2014)**  https://pics.ru/wp-content/uploads/2016/05/fault.jpg | Никогда не знаешь, где встретишь любовь. Хейзел Грейс Ланкастер и Огастус Уотерс познакомились в группе поддержки для людей с проблемами со здоровьем. У парня ампутирована нога, девушка болеет раком и не видит будущего. Но подростки постепенно налаживают отношения, находят друг в друге смысл существования и наполняют свои тяжелые жизни счастьем. Хейзел и Огастус сделают друг для друга все, чтобы позволить любимому забыть о недугах. Найдутся силы, чтобы зажить обычной подростковой жизнью и исполнить самые сокровенные желания. Только болезни так просто сдаваться не захотят – они имеют свои планы на жизни молодых людей. Время покажет, что в итоге победит – любовь или смерть, и удастся ли персонажам сохранить беззаботные отношения. |
| **Человек, который удивил всех (2018)**  https://www.kino-teatr.ru/blog/1147/27916.jpg | Сибирский егерь Егор — образцовый семьянин и уважаемый в своем поселке человек. Они с женой Натальей ждут второго ребенка. Неожиданно Егор узнает, что неизлечимо болен, и что жить ему осталось два месяца. В борьбе с болезнью не помогают ни традиционная медицина, ни шаманское колдовство, и в конце концов Егор решается на отчаянный шаг — пытается полностью изменить свою личность, чтобы обмануть приближающуюся смерть, как это сделал легендарный селезень Жамба, герой древнего сибирского эпоса. |
| **Сейчас самое время (2012)**  https://pics.ru/wp-content/uploads/2016/05/samoe.jpg | Тессе семнадцать, и она хочет жить нормальной жизнью. Она мечтает о тех же вещах, что и все подростки. Но что делать, если времени осталось мало? Тесса принимает решение, прожить все, что отмерено, так, чтобы ни одна минута не пропала зря. Девушка составляет список того, что обязательно нужно успеть: потерять невинность, попробовать наркотики, прыгнуть с парашютом, по-настоящему полюбить. Она шаг за шагом воплощает свои намерения. Но внезапно вспыхнувшее чувство к соседскому парню Адаму меняет все ее планы. Примерно с начала 2000-х  кинематограф обратился к теме детской и подростковой онкологии со справедливой и жизнеутвержающей позиции “жить надо, надо жить”. Эти фильмы не все получались одинаково высокохудожественными, но лиричными и правдивыми в некоторых деталях получались почти всегда.  “Сейчас самое время” снят по мотивам книги Дженни Даунхэм “Пока я жива”. Это история совсем юной девушки Тессы, которая живет с лейкозом. У нее гиперзаботливый папа, действующий на грани гиперопеки (частая проблема родственников больного человека), а она поставила перед собой несколько иные задачи, например, попробовать наркотики, заняться сексом и все такое. Любовь в ее предсмертные планы не входила. |
| **Незаменимый ты (2018)**  http://kinotaun.com/wp-content/uploads/2018/02/kadr-iz-filma-nezamenimyy-ty-2018-netflix-foto-4.jpg | Лента расскажет о двух непохожих друзьях детства, Эбби и Сэме, которые были неразлучны с восьмилетнего возраста. Оказавшись перед лицом неминуемого расставания, Эбби учит Сэма, как нужно жить, пока Сэм учит Эбби, как умирать. |
| **30 безумных желаний (2018)**  https://in-rating.ru/space/wp-content/uploads/2019/09/Then-Came-You-4-1200.jpg | Келвин — мнительный ипохондрик, сортирующий багаж в аэропорту, попутно придумывая себе несуществующие болезни. Скай — девушка-праздник, которая видит в жизни только хорошее. Вернее, в том коротком отрезке жизни, что ей остался. За это время она хочет успеть осуществить свои самые безумные желания. Вместе они заново откроют этот мир и самих себя с весьма неожиданных сторон. |
| **Ричард прощается (2018)**  https://www.obzor.lt/images/news/11/2019_05_10/pic5.jpg | Профессор колледжа решает жить на полную катушку после того, как ему ставят серьезный диагноз. Отныне все запреты сняты, а тайные желания могут наконец осуществиться! |
| **Лучший день моей жизни (2018)**  https://123images.co/movies/1236069162-cover-Here-and-Now.jpg | Нью-йоркская звезда джаза Вивьен накануне мирового турне получает безнадёжный диагноз. У неё остаётся всего 24 часа, чтобы пересмотреть свою жизнь, которую она провела в погоне за мечтой и успехом, отодвинув в сторону близких людей. |
| **Инуясики (2018)**  https://somoskudasai.com/wp-content/uploads/2017/12/shibuya_fin.jpg | Пожилой японец предпенсионного возраста узнает, что смертельно болен. Рассказать об этом равнодушному семейству он не может, поэтому тихо плачется в шерстяную жилетку приблудившегося пса. В этот момент в небе появляются странные огни, старик слепнет, теряет сознание, а когда приходит в себя, оказывается, что неведомая сила превратила его в человекоподобного боевого робота. Теперь дедуля Инуясики способен летать, превращать руку в пулемёт, но предпочитает излечивать смертельно больных детей. И вот беда: похожие способности получил старшеклассник Сисигами, циник и нигилист, без малейшего сожаления убивающий направо и налево. |
| **Паддлтон (2019)** | Два друга отправляются в путешествие после того, как один из них узнает, что у него неизлечимый рак. Если раньше приятелей связывала только игра Паддлтон, в которую они играли все свободное время, то теперь их эмоциональная связь укрепилась и стала глубже от осознания того, как внезапно смертен человек. |
| **Хочу съесть твою поджелудочную железу (2018)**  https://i.pinimg.com/736x/06/a2/52/06a252b113a68bf6309b6bd73c78f0d2.jpg | Ученик старших классов узнает, что у его одноклассницы серьезное заболевание поджелудочной железы. Он старается проводить с девушкой больше времени, и ребята становятся очень близки. |

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **тестирование** | **Пять баллов** выставляются при условии 91-100% правильных ответов. |
| **Четыре балла** выставляются при условии 81-90% правильных ответов. |
| **Три балла** выставляются при условии 71-80% правильных ответов. |
| **Два балла** выставляются при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **эссе** | **Пять баллов** выставляются, если во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме эссе, выполнена задача заинтересовать читателя; деление текста на введение, основную часть и заключение; в основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис; заключение содержит выводы, логично вытекающие из содержания основной части; правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи; для выражения своих мыслей студент не пользуется упрощённо-примитивным языком; демонстрирует полное понимание проблемы. |
| **Четыре балла** выставляются, если во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме эссе, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя; в основной части логично, связно, но недостаточно полно доказывается выдвинутый тезис; заключение содержит выводы, логично вытекающие из содержания основной части; уместно используются разнообразные средства связи; для выражения своих мыслей студент не пользуется упрощённо-примитивным языком. |
| **Три балла** выставляются, если во введении тезис сформулирован нечетко или не вполне соответствует теме эссе; в основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно; заключение выводы не полностью соответствуют содержанию основной части; недостаточно или, наоборот, избыточно используются средства связи; язык работы в целом упрощен. |
| **Два балла** выставляются, если во введении тезис отсутствует или не соответствует теме эссе; в основной части нет логичного последовательного раскрытия темы; выводы не вытекают из основной части; средства связи не обеспечивают связность изложения; отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение; язык работы можно оценить как «примитивный». |
| **составление глоссария** | **Пять баллов** выставляются, если содержание глоссария в полном объеме отражает заданную тему, даны точные и полные определения педагогических понятий; выдержаны все требования к его оформлению. |
| **Четыре балла** выставляются, если основные требования к оформлению глоссария соблюдены, даны точные определения педагогических понятий; выдержаны все требования к его оформлению. |
| **Три балла** выставляются, если требования к оформлению глоссария соблюдены частично, допущены недочеты, например: неточно и некорректно подобраны слова и дано их толкование. |
| **Два балла** выставляются, если требования к оформлению глоссария не соблюдены, не представлены все термины исследуемой темы, определения не отражают их педагогическую сущность. |
| **заполнение таблиц** | **Пять баллов** выставляются при условии четкой логичности и наглядности предложенной таблицы; правильности и аргументированности определения типов связи. |
| **Четыре балла** выставляются при условии наличия логичности и наглядности предложенной таблицы; правильности и частичной аргументированности определения типов связи между педагогическими понятиями, фактами. |
| **Три балла** выставляются, если в таблице частично прослеживается наличие логических связей между педагогическими понятиями, фактами, их аргументированность слабая. |
| **Два балла** выставляются, если в таблице отсутствуют обоснованность и аргументированность логических связей между педагогическими понятиями, фактами. |
| **психодиагностика (самодиагностика)** | **Пять баллов** выставляются при условии правильной количественной обработки результатов, глубокого и полного анализа полученных результатов, правильной интерпретации результатов; точных выводов и соответствующих результатам полных рекомендаций; правильного заполнения протокола психодиагностического исследования |
| **Четыре балла** выставляются при условии правильной количественной обработки результатов, достаточно глубокого и полного анализа полученных результатов, правильной, но неполной интерпретации результатов; точных выводов и соответствующих результатам рекомендаций, носящих неполный характер; правильного заполнения протокола психодиагностического исследования |
| **Три балла** выставляются при условии правильной количественной обработки результатов, неполного анализа полученных результатов, поверхностной интерпретации результатов; точных выводов и формальных рекомендаций; правильного заполнения протокола психодиагностического исследования. |
| **Два балла** выставляются при условии неправильной количественной обработки результатов, формального анализа полученных результатов, и их интерпретации; отсутствие выводов рекомендаций; неправильного заполнения протокола психодиагностического исследования. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

**Экзамен** проводится в форме письменного ответа на вопросы экзаменационных билетов, которому предшествует обязательное **компьютерное тестирование в информационной системе**.

**Количество вопросов теста – 156. Время – 1 час.**

Сборка варианта происходит автоматически.

**Критерии оценивания обучающихся на промежуточной аттестации.**

Компьютерное тестирование оценивается исходя из максимальных 100%.

Фактические результаты тестирования, переводятся в зачетный рейтинг (Рз) по таблице:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **% тестирования** | **Рз** | **% тестирования** | **Рз** | **% тестирования** | **Рз** |
| 97-100 | 15 | 87-90 | 12 | 77-80,9 | 9 |
| 95-96,9 | 14 | 84-86,9 | 11 | 74-76,9 | 8 |
| 91-94,9 | 13 | 81-83,9 | 10 | 71-73,9 | 7 |

**Проходной зачетный рейтинг – 7 баллов** (70,9 % тестовый балл).

Если значение ***текущего рейтинга менее 35 баллов*** и (или) значение ***зачетного рейтингов менее 7 баллов***, то дисциплина считается не освоенной и по результатам зачета выставляется «не зачтено».

**Вопросы для экзаменационных билетов для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Предмет, структура и задачи медицинской психологии. Взаимосвязь медицинской психологии с другими науками.

2. Понятия здоровья, болезни, «внутренней картины здоровья», «внутренней картины болезни».

3. Паллиативное лечение как пример социопсихосоматического подхода к человеку в медицине: виды, цели, принципы, модели паллиативной помощи.

4. Правовые и этические аспекты паллиативной помощи

5. Мировой опыт паллиативной помощи и становление паллиативной помощи в России.

6. Понятия здоровья и болезни, их внутренней картины. Ятрогении.

7.Влияние заболеваний на психику человека и его поведение. Типы отношения к болезни.

8. Психологические проблемы больного в терминальной стадии неизлечимых заболеваний и методы их диагностики. Проблемы депрессии и тревоги в паллиативной медицине

9. Особенности взаимодействия с пациентом в терминальной стадии неизлечимых заболеваний.

10. Работа с болью: психологический и клинический аспекты. Методы психологической поддержки пациента в терминальной стадии неизлечимых заболеваний.

11. Работа с семьей больных, находящихся в терминальной стадии неизлечимых заболеваний

12. Проблема учета возрастных особенностей пациентов при оказании психологической помощи.

13. Возрастные особенности отношения детей и подростков к смерти и умиранию.

14. Психологические аспекты паллиативной помощи детям (трудные разговоры; принципы сообщения плохих новостей; принципы профессиональной поддержки; фразы-табу и фразы поддержки; психологическая помощь подросткам; работа психолога с сиблингами)

15. Психологические аспекты взаимодействия специалиста с семьей пациентов, находящихся в терминальной стадии неизлечимых заболеваний

16. Значение методов творческого самовыражения (музыкотерапии, арттерапии, куклотерапии и пр.) в психологической поддержке пациента в терминальной стадии неизлечимых заболеваний (беседа, анализ продуктов деятельности).

17. Командный подход в медицине. Роль медсестры в команде.

18. Этические аспекты профессионального взаимодействия.

19. Профессионально-важные качества медицинского работника.

20.Групповая динамика и основные параметры малой группы (состав, цели, ценности, нормы группы, групповые процессы - распределение ролей, проблема власти и лидерства, конформизм, сплоченность, совместимость, фазы развития группы)

21. Психологический климат в амбулаторных и стационарных учреждениях.

22. Проблема профессионального стресса и эмоционального выгорания специалистов в медицине и пути ее решения.

23. Супервизия в профессиональном общении.

24.Общение как самостоятельная форма активности человека (понятие, виды, функции, компоненты общения; факторы, влияющие на общение, коммуникативные барьеры).

25. Коммуникативная компетентность как профессионально важное качество медицинских работников. Специфика общения в паллиативной медицине. Общение и контакт.

26.Медицинский комплаенс и модели взаимоотношений «врач — пациент»

27. Невербальное общение и параметры невербального поведения (расстояние, жесты, поза, мимика и пр.). Наблюдательность, как профессионально важное качество медицинских работников.

28. Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения. Виды вопросов и виды влияния в общении.

29. Психологические составляющие взаимоотношений между медицинской сестрой , врачом и больным. Типы медицинских сестер.

30.Понятие конфликта и его сущности. Причины конфликта.

31.Методы управления конфликтом в сестринских коллективах (замалчивание конфликта, сглаживание конфликта, подавление конфликта, объективное решение проблемы, поиск компромисса).

32. Положительный и отрицательный потенциал конфликта. Конфликты в паллиативной медицине.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков:**

1. Как в высказывании отражается основная идея и специфика помощи в паллиативной медицине - «Наполняйте жизнью их дни, а не просто продляйте жизнь днями»
2. Обоснуйте взаимосвязь паллиативной помощи и качества жизни и почему важно развивать направление паллиативной помощи?
3. Раскройте, каким образом на оценку пациентом болезни и формирование психологического отношения к ней влияют следующие параметры: 1) вероятность летального исхода; 2) вероятность инвалидизации и хронификации; 3) болевая характеристика болезни; 4) необходимость радикального или паллиативного лечения.
4. Раскройте, каким образом на оценку пациентом болезни и формирование психологического отношения к ней влияют следующие параметры: 1) влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения; 2) социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме; 3) влияние болезни на семейную и сексуальную сферу; 4) влияние болезни на сферу развлечений и интересов.
5. Определите у пациента тип отношения к болезни (по А.Е.Личко, Н.Я.Иванову) и спланируйте тактику профессионального взаимодействия с ним. **Больная Б., 51 год – плановая госпитализация в связи с обострением шизоаффективного расстройства маниакального типа.** Пациентка уверена, что заболела, потому что ее «сглазили», и вообще люди «хотят специально навредить» ей. Считает также, что болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей. Вопросы медицинского персонала чаще всего воспринимает настороженно – «А зачем вы меня об этом спрашиваете?» «Вы правильно мне подобрали таблетки?» «После этой процедуры мое состояние ухудшилось, это вы специально сделали, чтобы меня в больнице подольше подержать. Я буду на вас жаловаться». Жалуется на плохое самочувствие, плохой сон и трудности засыпания. Временами демонстрирует мрачную раздражительность по отношению к соседям по палате, конфликтует по незначительным поводам.
6. Определите у пациента тип отношения к болезни (по А.Е.Личко, Н.Я.Иванову) и спланируйте тактику профессионального взаимодействия с ним. **Больной С., 45 лет Проходит лечение в стационаре по поводу язвы желудка.** Отмечает у себя плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски, во время которых доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение к окружающим. Демонстрирует нетерпеливость, ожидая медицинский персонал, становится раздражительным, если ему, в силу объективных причин, уделяют меньше внимания, чем другим пациентам. Жалуется на плохой сон. Периодические вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни близких людей – «довели меня до больницы». Испытывает зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Утверждает периодически, что его болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей, считает, что ему назначают много ненужных лекарств и процедур, Требует особого внимания к себе, если не получает его в желаемом им объеме, раздражается. Высказывает претензии, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности. У пациента постоянный угрюмый и недовольный вид.
7. Определите у пациента тип отношения к болезни (по А.Е.Личко, Н.Я.Иванову) и спланируйте тактику профессионального взаимодействия с ним. **Больной Б., 47 лет Периодически проходит стационарное лечение по поводу диагноза хроническая почечная недостаточность .** Преобладает плохое настроение, по мнению пациента – из-за болезни. Долго не может уснуть из-за этого, снятся тоскливые сны. Жалуется на плохой аппетит.Постоянное желание показать другим пациентам уникальность своей болезни, обижается, если они не хотят с ним общаться.Считает, что врачи недооценивают тяжесть его болезни, утверждает, что «моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания». В связи с этим интересуется квалификацией медицинского персонала, хочет, чтобы его лечил «известный врач». Другие пациенты, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное.Иногда отмечает необычное действие лекарств и процедур на свое состояние – «так удивительно лекарства ни на кого не влияют, только на меня», и хочет, чтобы медицинский персонал разделял его мнение. Жалуется, что на работе коллеги «совершенно не считаются с моей болезнью». Эмоциональная нестабильность и непредсказуемость поведения.
8. Прочитайте описание случая из жизни и ответьте на вопрос - Каковы индивидуальные потребности пациентов, находящихся в терминальной стадии неизлечимых заболеваний? - «Однажды я спросила мужчину, который знал, что умирает, чего он более всего ждет от тех, кто заботится о нем. Он ответил: «Видеть, что человек старается понять меня». Конечно, полностью понять другого человека невозможно, но я никогда не забуду, что он и не просил об этом, а лишь том, чтобы кто-то проявил желание попытаться понять».
9. Прочитайте описание случая из жизни и ответьте на вопрос - Каковы индивидуальные потребности пациентов, находящихся в терминальной стадии неизлечимых заболеваний? - «Моя мать три года умирала от рака. Ее оперировали – и неуспешно. Доктор сообщил мне это и добавил: «Но, конечно, вы ничего не скажете своей матери». Я ответил: «Конечно, скажу». И сказал. Помню, я пришел к ней и сказал, что доктор звонил и сообщил, что операция не удалась. Мы помолчали, а потом моя мать сказала: «Значит, я умру». И я ответил: «Да». И затем мы остались вместе в полном молчании, общаясь без слов. Никогда мне не требовалось входить в комнату матери с улыбкой, в которой была бы ложь, или с неправдивыми словами. Ни к какой момент нам не пришлось притворяться, будто жизнь побеждает, будто смерть, болезнь отступает, будто положение лучше, чем оно есть на самом деле, когда оба мы знаем, что это неправда. Ни в какой момент мы не были лишены взаимной поддержки. Были моменты, когда моя мать чувствовала, что нуждается в помощи; тогда она звала, я приходил, и мы разговаривали о ее смерти, о моем одиночестве. Она глубоко любила жизнь. За несколько дней до смерти она сказала, что готова была бы страдать еще 150 лет, лишь бы жить.
10. К**акова, на ваш взгляд, основная причина, по которой в паллиативной медицине стоит говорить правду пациенту и его родным? Обоснуйте свою точку зрения.** Чтобы поддержать доверительные отношения. Ложь разрушает доверие. Чтобы снизить неопределенность. Обычно люди лучше переносят правду, чем неопределенность, даже если эта правда причиняет боль. Чтобы уберечь от нереалистических ожиданий. Иной раз люди тратят много времени и денег, переходя из одной больницы в другую в поисках лечения, потому что никому не достало мужества сказать им, что лекарства от их болезни не существует. Чтобы дать возможность наладить нарушенные взаимоотношения или подумать о духовных ценностях. Чтобы пациенты и их родные смогли подготовиться к будущему. Речь может идти о составлении завещания, поездке в отчий дом, планировании похорон или о множестве других дел, которые важно завершить при жизни пациента, и которые не будут завершены, если ему не скажут правды.
11. Объясните проявление в общении с пациентом следующих навыков общения: 1)Всегда относитесь к пациенту вежливо и с уважением. Это позволяет пациенту почувствовать, что вы его действительно цените; 2)Говорите на простом, понятном языке. Избегайте медицинской терминологии, которую пациент может не понять. 3) Проверьте, как вас поняли. 4.)Давайте информацию, а не просто советы – тогда пациенту легче самому принять решение, что делать.5)Давайте только точную информацию. Вполне допустимо сказать «Я не знаю».6) Полезно проверить, как понял вас пациент. Если вы дали ему инструкции, попросите пациента рассказать, что он будет делать и как он будет все объяснять своей семье. Выясните, хочет ли пациент задать вам еще какие-то вопросы
12. Прочитайте тематику вопросов, важных для оказания духовной (консультативной) поддержки пациенту. Обоснуйте значимость каждого из этих вопросов: **Надежда** – в чем пациент черпает надежду, чтопомогает ему обрести покой и смысл? **Официальное вероисповедание** – Важно лидля пациента официальное вероисповедание и культура? **Личные вопросы** – Какими вопросами задаетсяпациент, в чем сомневается, с чем борется? **Влияние на наши действия** – Какое влияниебудет это иметь на то, как мы будем оказывать помощь этому пациенту?
13. Объясните, как вы понимаете высказывание «Страдание – это не проблема, требую-щая решения, и не вопрос, требующий ответа; это – тайна, требующая присутствия»
14. Обоснуйте необходимость включения в карту записей визитов на дом к пациенту графы «Психосоциальные проблемы».
15. Медицинские работники в работе с болью исходят из понимания того, что часто качественное исполнение простых вещей и внимание к деталям могут принести огромную пользу пациенту; что в работе с болью качественный уход за пациентом чрезвычайно важен для облегчения некоторых симптомов без применения лекарственных средств.. Дайте психологическое обоснование этим представлениям.
16. В карту обследования пациента в паллиативной медицине включены, наряду с прочими, графы: Члены семьи, Социальные проблемы, Эмоциональные проблемы, Духовные проблемы, Что знает пациент о своей болезни? Обоснуйте значимость этих сведений в паллиативной медицине для лечения пациента и ухода за ним.
17. Какое психологическое значение при оценке боли у детей имеют следующие рекомендации: 1) Слушайте ребенка; 2)Слушайте тех, кто ухаживает за ним; 3)Наблюдайте за ребенком, чтобы видеть все своими глазами.
18. Составьте примерные список вопросов для консультативной беседы рисунку пациента с целью выявления индивидуальных потребностей пациента при оказании паллиативной медицинской помощи.
19. Определите особенности сестринского вмешательства на различных стадиях горя пациента (стадия гнева, стадия «торга», стадия отрицания смерти и изоляции, стадия депрессии, стадия смирения (принятие)
20. Дайте психологическое обоснование **основным положениям паллиативной помощи детям:** Дети – это не просто маленькие взрослые; у них есть свои особые потребности; Дети тоже люди – у них есть мнения, которые нужно выслушать, и они могут делать выбор. Как правило, дети знают гораздо больше, чем мы думаем, и зачастую они более способны, чем нам кажется; Правда может принести им облегчение, даже если она так же тяжела, как и их тайные страхи; Разговор с детьми помогает им выразить свои страхи, свою печаль и задать вопросы; Знание правды дает им возможность делать выбор.
21. Мы не можем оградить детей от тяжелых переживаний по поводу смерти близких людей, но мы можем оказать им поддержку в их горе. Сформулируйте возможные ответы на трудные вопросы детей, а также укажите возраст ребенка, кому адресован ответ: Смерть похожа на сон? Ей там холодно? Что он будет есть? Почему он умер? Ты когда-нибудь умрешь? А я умру? Он вернется? Почему Бог позволил этому случиться? Я сделал (или подумал) что-то плохое, что привело к смерти?
22. Родители детей, потерпевших утрату, как правило, стал­киваются с четырьмя вопросами: Сообщать ребенку о смерти его близкого или нет? Включать его в процесс семейного оплакивания и в хлопоты, связанные с похоронами, или нет? 3. Брать его с собой на похороны или нет? 4. Вспоминать с ребенком умершего или нет? Сформулируйте возможные ответы, обоснуйте свое мнение.
23. Объясните, почему для многих взрослых людей, чувствующих, что их жизнь подходит к концу, духовные вопросы очень важны? Прочитайте типичные вопросы пациентов и предположите, какие потребности и мотивы вызывают их; сформулируйте возможные ответы: Что случится, когда я умру, – есть ли жизнь после смерти? Почему я заболел? Может быть, Бог меня наказал? В чем была ценность моей жизни?
24. Охарактеризуйте суть и объясните, в чем заключается помогающий потенциал методов и методик психологической работы с детьми и подростками в паллиативной медицине (методы арттерапии, сказкотерапии, анималотерапии, игровой терапии, символлрамы и др.)
25. У четырнадцатилетней девочки умер дед. Первое время ей никак не верилось в то, что произошло. Ее сознание как будто оказалось закрытым для случившегося. Примерно через неделю после смерти деда почти каждую ночь девочке стали сниться сны. В первый раз ей приснилось, что дед находится в той же квартире, что и она, только где-то в другой комнате. Она его не видит, но слышит его шаги и знает, что это он. На этом моменте девочка испугалась и проснулась. В данном сновидении доминирующей эмоцией, как мы видим, является страх, что, в общем-то, неудивительно для подросткового возраста. Именно в пубертате дети начинают осознавать свою смертность, поэтому их может пугать все, что о ней напоминает. Во втором сновидении происходит то же самое, что и в первом, только дед уже появляется в поле зрения и общается с сестрой, после чего девочка опять-таки просыпается. В следующий раз все повторяется заново, только теперь дед обращается к сновидице с вопросом. Наконец, снится еще один сон, в котором девочка уже спокойно общается с дедом. После этого подобные сны прекратились, к девочке пришло успокоение, а дед стал восприниматься на самом деле как покойник. Какие возрастные особенности реакции на смерть отражены в этой ситуации? Почему девочке стал сниться умерший дедушка? Какую функцию выполняли сны в данной ситуации?
26. У девочки умерла бабушка, однако по поводу этой утраты не возникло сколь-нибудь значимых переживаний, несмотря на то, что они жили под одной крышей и были достаточно близки друг к другу, Даже на похоронах внучка оставалась, по ее воспоминаниям, спокойной, почти равнодушной. Но вот проходит три года, и в доме умирает собачка (почти член семьи). На сей раз реакция последовала бурная: девочка сильно горевала, много плакала. Казалось бы, ситуация перевернута с ног на голову: смерть близкого человека переживается меньше, чем смерть собаки. Конечно, такое в жизни иногда бывает, но в данном случае это не совсем так. По словам самой девушки, две утраты каким-то образом связались у нее друг с другом. Как утрата собаки повлияла на осознание и переживание потери бабушки? Почему? Почему у девочки не возникли переживания после смерти бабушки?
27. **Р**еакция 4-летней девочки на смерть сестры, умершей от лейкемии, проявлялась разнообразными эмоциями: от печали до повышенного настроения. Какие возрастные особенности ребенка отражены в подобном отношении к смерти? В чем возможные причины таких реакций? Каковы должны быть действия родителей в подобной ситуации?
28. Девочка, ученица второго класса, заявила, что ненавидит свою умершую маму за то, что она умерла и оставила ее одну. Когда одноклассник девочки, между прочим, рассказал об этом своей маме, та была сильно поражена: «Как вообще про маму можно такое говорить?!» Вероятно, женщина восприняла слова девочки буквально — как выражение резко негативных чувств к своей покойной матери. В чем возможные причины таких реакций? Каковы должны быть действия взрослых в подобной ситуации?
29. За онкологическим пациентом ухаживают дома. От госпитализации он отказался. На данный момент пациент испытывает трудности при приёме пищи, даже небольшое количество кефира или молока может спровоцировать рвоту. Проглотить твёрдую пищу он не в состоянии. Для поддержания сил пациенту требуется полноценное сбалансированное питание. Лечащим врачом даны рекомендации на приобретение специальных комплексных препаратов, содержащих аминокислоты, микроэлементы, витамины. Жена интересуется у участковой сестры способом приёма этих препаратов, не знает, разводят их как детское питание или подвергают термической обработке. Она готова самостоятельно вводить питательную смесь через кишечник, для того чтобы муж не умер от истощения.1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.2. Определите проблемы пациента, родных.3. Определите цель сестринского вмешательства.
30. Опишите способы элементарного диагностического тестирования, которые могут быть использованы для оценки интенсивности хронической боли.
31. **.** Как вы считаете, можно ли паллиативную помощь осуществлять в одиночку ? Ответ обоснуйте.
32. Каковы основные направления и приемы преодоления синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников?
33. Укажите возможные причины возникновения признаков стрессового состояния и предложите способы совладания с ними: Подавленное настроение – слезливость, отсутствие чувства удовольствия и удовлетворения, Чувство собственной некомпетентности, беспомощность и чувство вины, Самоустранение – стремление избежать. общения с пациентами и коллегами, Гнев, Раздражительность, Пренебрежение обязанностями, Потеря интереса к работе, Усталость.
34. Как вы считаете, можно ли говорить об особой роли супервизии в паллиативной медицине? Ответ обоснуйте.
35. Объясните, как препятствуют взаимодействию медицинского работника с больным следующие качества медицинского работника:1) невнимательность; 2) бездушие; 3) грубость; 4) равнодушие; 5) несдержанность; 6) недисциплинированность; 7) неряшливость; 8) высокомерие; 9) насмешливость.
36. Определите тип медсестры, для которого И.Харди дал следующую характеристику: «Это эмоционально лабильные личности, склонные к невротическим реакциям. В результате они часто раздражительны, вспыльчивы, могут быть грубыми. Такую сестру можно видеть хмурую, с обидой на лице среди ни в чем не повинных больных. Они очень ипохондричны, боятся заразиться инфекционным заболеванием или заболеть «тяжёлой болезнью». Они нередко отказываются выполнять различные задания якобы потому, что не могут поднимать тяжести, у них болят ноги и т. д. Такие сёстры создают помехи в работе и нередко вредно влияют на больных».
37. Определите тип медсестры, для которого И.Харди дал следующую характеристику: «Это сёстры, которые благодаря какому-то особому свойству личности, особому интересу получают специальное назначение. Они посвящают свою жизнь выполнению сложных задач, например, в специальных лабораториях. Они фанатически преданы своей узкой деятельности».
38. Раскройте специфику достижения медицинского комплаенса при разных моделях взаимоотношений «врач — пациент».
39. В палату к пациенту вошла медсестра и с возмущением говорит пациенту, что он до сих пор не приготовился и не подошел на процедуру, которую ему назначил врач. Пациент, читая книгу и не поняв в чем его обвиняют, отказывается идти на процедуру.Определите для данной ситуации вид барьера общения; оцените вероятность возникновения конфликта, действия медицинской сестры в конфликте, в соответствии с этическими нормами и исходя из интересов пациента
40. Старшая медсестра вызывает к себе в кабинет постовую медсестру и сообщает ей, что пациенты ее отделения не соблюдают распорядок лечебного отделения,  т.е.  после обеда многие пациенты во время послеобеденного «тихого сна»  ходят по коридору, сидят в холле на диване, выходят на балкон. В 22 часа не готовятся ко сну, а смотрят телевизор в палате. При этом постовая медсестра не соглашается с замечаниями старшей медсестры. Определите для данной ситуации вид барьера общения; оцените вероятность возникновения конфликта, действия медицинской сестры в конфликте, в соответствии с этическими нормами и исходя из интересов пациента
41. В приемное отделение поступила девушка 27 лет с подозрением на О. аппендицит. Врач, осмотрев ее, решает госпитализировать девушку в хирургическое отделение. Медсестра приемного отделения просит пациентку пройти в соседнюю комнату для санитарной обработки. В процессе раздевания в сан. комнату вошли санитарки и стали обсуждать планерку. Пациентка не стала дальше  раздеваться, высказав свое возмущение поведением санитарок, и отказалась от проведения манипуляции. Определите для данной ситуации вид барьера общения; оцените вероятность возникновения конфликта, действия медицинской сестры в конфликте, в соответствии с этическими нормами и исходя из интересов пациента

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета

**Образец набора тестовых заданий**

**1. #МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗДЕЛОМ:**

1. это самостоятельный раздел, не относящийся ни к общей, ни к прикладной психологии

2. общей психологии

3. специальной (прикладной) психологии

4. психиатрии

5.нейропсихологии

**2. #ПРЕДМЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:**

1. изучение психологических факторов лечебного процесса

2. физиологические основы психической деятельности

3. разработка методов психологической помощи пациентам

4.взаимодействие врач-пациент

5.внутренняя картина здоровья и болезни

**3. #К РАЗДЕЛАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:**

1. социальная психология

2. патопсихология

3. нейропсихология

4. психосоматика

5.экстремальная психология (кризисная)

**4. #НАПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ И ПСИХОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ (ТЕЛЕСНЫХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

1. психосоматика

2. психотерапия

3. нейропсихология

4. экстремальная психология

5. патопсихология

**5.#ПРАКТИЧЕСКАЯ ОТРАСЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩАЯ РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И СОСТОЯНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЯ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ОСНОВЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ С ХАРАКТЕРОМ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОТЕКАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, СОСТОЯНИЙ И СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В НОРМЕ:**

1. патопсихология

2. психотерапия

3. нейропсихология

4. экстремальная психология

5. психосоматика

**6. #ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ - ЭТО:**

1. внутренний мир больного, все, что испытывает и переживает больной, его представления и ощущения о болезни и ее причинах

2. психологические механизмы формирования симптомов болезни

3.совокупность патоморфологических изменений, характерных для данного заболевания

4.отношение личности к болезни

5.внутренние болезненные ощущения человека

**7. #ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОМПОНЕНТЫ:**

1. сенсорный, аффективный, когнитивный

2. аффективный, когнитивный, социальный

3. сенсорный, аффективный, когнитивный, социальный

4. аффективный, когнитивный

5. сенсорный, аффективный, когнитивный

**9. #ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПРЯМОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В СВОЕЙ СОВОКУПНОСТИ:**

1.биологические, психические, социальные, экологические

2. физические, социальные, экологические

3.физические, психические, социальные

4. психологические, биологические, экологические

5. психологические, биологические

**10. #ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ:**

1. сенсологический, оценочный, отношение к болезни

2. отношение к болезни, оценочный, декомпенсации

3.предварительный, осознание болезни, эмоциональные реакции

4. диагностический, коррекционный. профилактический

5. отношение к болезни, оценочный, сенсологический

**11. #ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕЯСНЫХ НЕПРИЯТНЫХ ОЩУЩЕНИЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ С НЕОПРЕДЕЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ СВОЙСТВЕННО ДЛЯ:**

1. сенсологического этапа

2. диагностического этапа

3. этапа отношения к болезни

4. оценочного этапа

5. этапа декомпенсации

**12.#ЭТАП ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ, НА КОТОРОМ СКЛАДЫВАЕТСЯ «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ»:**

1. оценочный

2. диагностический

3. отношение к болезни

4. сенсологический

5. декомпенсации

**13. #К ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:**

1. ограничения в социальном функционировании пациента

2. ощущения больного, восприятие и переживание симптомов, то есть защитных действий собственного организма

3. эмоции, связанные с болезнью: страх, боль, тревога, депрессия, эйфория, органические ощущения

4. схема тела и ее нарушение

5. понимание происхождения и причин болезни, прогноз ее дальнейшего развития и надежды на выздоровление

**14.#ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА – ЭТО:**

1. подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, находящихся перед лицом жизнеугрожающего заболевания.

2. психологическая поддержка людям с неизлечимыми заболеваниями

3. специально организованное лечение людей с неизлечимыми заболеваниями

4. усиленное медикаментозное лечение, с целью облегчения страдания людям с неизлечимыми заболеваниями

5. социальная помощь людям с неизлечимыми заболеваниями на дому

**15.#ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НЕДОСТАТОЧНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:**

1. недостаток навыков общения и знаний, касающихся методов оказания помощи

2. отсутствие учреждений здравоохранения

3. отсутствие службы помощи на дому

4. отсутствие узкоспециализированного персонала

5. необходимость больших материальных затрат

**16. #КТО МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ:**

1. медсестры, врачи, социальные работники, психологи, духовные наставники, волонтеры, фармацевты

2. специалисты, имеющие узкую специализацию в области паллиативной помощи

3. медсестры, врачи, фармацевты

4. социальные работники, психологи, духовные наставники

5. психологи, духовные наставники, волонтеры

**17. #ЗАДАЧИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ – ЭТО:**

**1.**предупреждение и облегчение страданий благодаря раннему выявлению, точной оценке и лечению боли и других проблем физического, психического, психосоциального и духовного характера.

**2.** раннее выявление и лечение боли

3. решение психологических и психосоциальных проблем пациента и его родных

4. профилактика психологических проблем пациента

5. духовная поддержка людей с неизлечимыми заболеваниями

**18. #К ФИЗИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ, РЕШАЕМЫМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ОТНОСЯТСЯ:**

**1.**жалобына недомогание: боль, кашель, усталость, жар

**2.** тревоги, страхи,печаль, гнев

**3.** потребностисемьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями

**4.** вопросы о смысле жизнии смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии)

**5.** проблемы, связанные с стигматизацией

**19. #К ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ, РЕШАЕМЫМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ОТНОСЯТСЯ:**

**1.** тревоги, страхи,печаль, гнев

**2.**потребностисемьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями

**3.** жалобына недомогание: боль, кашель, усталость, жар

**4.** вопросы о смысле жизнии смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии)

**5.** проблемы, связанные с стигматизацией

**20. #К СОЦИАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ, РЕШАЕМЫМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ОТНОСЯТСЯ:**

**1.** потребностисемьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями

**2.** вопросы о смысле жизнии смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии)

**3.** тревоги, страхи,печаль, гнев

**4.** жалобына недомогание: боль, кашель, усталость, жар

**5.** проблемы, связанные с стигматизацией

**21.# К ДУХОВНЫМ ПРОБЛЕМАМ, РЕШАЕМЫМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ОТНОСЯТСЯ:**

**1.** вопросы о смысле жизнии смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии)

**2.** проблемы, связанные с стигматизацией

**3.** тревоги, страхи,печаль, гнев

**4.** потребностисемьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями

**5.** жалобына недомогание: боль, кашель, усталость, жар

**22.#ЦЕЛОСТНЫЙ ПОДХОД В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ – ЭТО:**

**1.** внимание к различным группам проблем: физических, духовных, психологических, социальных

2. взаимодействие специалистов – врачей, психологов, социальных работников

3. сочетание лечения и психологической поддержки

4. необходимость прохождения целостного и непрерывного курса лечения

5. единство профилактики и лечения

**23. #ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ – ЭТО:**

**1.** облегчение страданий и повышение качества жизни с момента обнаружения неизлечимой болезни

**2.** симптоматическое лечение

**3.** продление жизни пациенту

**4.** облегчение страданий пациента

**5.** помощь пациенту при умирании

**24. #СПЕЦИФИКА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:**

1.может продолжаться в виде поддержки семьи, друзей и детей в период переживания тяжелой утраты

2. оказывается только при жизни тяжело больного человека

3. включает профилактику неизлечимых заболеваний

4. осуществляется независимо от других видов лечения

5. оказывается только при умирании пациента

**25. #РАЗНЫЕ МОДЕЛИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЮТ:**

1. паллиативную помощь, оказываемую на дому, амбулаторную и стационарную службы паллиативной помощи, больничную команду поддержки

2. дневной стационар для оказания паллиативной помощи, больничную команду поддержки

3. амбулаторную службу паллиативной помощи, дневной стационар для оказания паллиативной помощи

4. паллиативную помощь, оказываемую на дому, больничную команду поддержки.

5. паллиативную помощь, оказываемую на дому, больничную команду поддержки,

амбулаторную службу паллиативной помощи

**26. #ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАЧЕЛЕНИЮ УСТАНОВЛЕНЫ**:

1. Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Приказом Минздрава России от 21декабря 2012 г. № 1343н (+)

3. Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. N 915н

4. Приказом Минздрава России от 6 августа 2013 г. N 529н

5. Приказом Минздрава России 20 декабря 2012 г. N 1183н

**27.#ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:**

1. государственной, муниципальной и частной

2. муниципальной и частной

3. государственной и муниципальной

4. государственной и частной

5. государственной, муниципальной и ведомственной

**28. #ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК:**

1. вид медицинской помощи

2. условие оказания медицинской помощи

3. форма оказания медицинской помощи

4. комплекс медицинских вмешательств

5. направление медико-социальной деятельности.

**29. #ПРОИСХОЖДЕНИЕ СЛОВА «ПАЛЛИАТИВНАЯ» С ЛАТИНСКОГО (PALLIO) ОЗНАЧАЕТ:**

1. прикрываю, защищаю

2. облегчаю

3. поддерживаю

4. защищаю, поддерживаю

5. ухаживаю

**30. #ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ В СИТУАЦИЯХ:**

1. когда болезнь пациента не поддается лечению

2. затянувшейся тяжелой болезни

3. хронического заболевания

4. отказа от госпитализации

5. когда семья пациента не участвует в его лечении

**31.# ПЕРВЫЙ ХОСПИС В РОССИИ БЫЛ ОТКРЫТ:**

1. в 1990 г. В Санкт-Петербурге

2. в 1994 г. Москве

3. в 1992 г. в Кемерово

4. в 1994 г. в Ульяновске

5. в 1993 г.в Архангельске

**32. #БАЗОВЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОТКРЫТИИ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ХОСПИСА ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. Приказ № 19 МЗ РФ от 1.12.1991 **г «Об организации домов сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»**

2. Федеральный закон (ФЗ) от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

3. Положение об оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией (утверждено Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17 сентября 2007 г. N 610 "О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией")

4. приказ Минздрава России от 14.04.2015 No 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»

5. приказ Минздрава России от 14.04.2015 No 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям»

**33. #СТРУКТУРА ХОСПИСОВ В РОССИИ В ОСНОВНОМ ВКЛЮЧАЕТ:**

1. выездную службу; дневной стационар; стационарное отделение; административное подразделение; учебно-методическое, социально-психологическое, волонтёрское и хозяйственное подразделения

2. стационарное отделение; социально-психологическое, волонтёрское и хозяйственное подразделения

3. выездную службу; дневной стационар; стационарное отделение

4. выездную службу; дневной стационар; социально-психологическое, волонтёрское подразделения

5. стационарное отделение; административное подразделение; учебно-методическое, социально-психологическое, волонтёрское и хозяйственное подразделения

**34. #ОСНОВОЙ ХОСПИСА ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. выездная служба

2. стационарное отделение

3. дневной стационар

4. волонтёрское подразделение

5. социально-психологическое подразделение

**35. #ОСНОВНАЯ РАБОЧАЯ ЕДИНИЦА ХОСПИСА:**

1. медицинская сестра, обученная оказанию паллиативной помощи

2. волонтер, обученный оказанию паллиативной помощи

3. психолог, обученный оказанию паллиативной помощи

4. социальный работник, обученный оказанию паллиативной помощи

5. врач, обученный оказанию паллиативной помощи

**36. #ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХОСПИСА:**

1. бороться за жизнь пациента, используя все ресурсы- клинические, психологические, социальные

2. услуги хосписа – бесплатны

3. хоспис – школа для родственников и близких пациента и их поддержка

4. контроль за симптомами позволяет качественно улучшить жизнь пациента

5.хоспис является альтернативой эвтаназии

**37.#.ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. некупируемая боль или другие симптомы, социальные показания

2. желание пациента

3. просьбы родственников о госпитализации пациента

4. решение врача о госпитализации

5. депрессивное состояние пациента

**38.#ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:**

1. теоретические семинары, супервизия, наставничество

2. теоретические семинары

3. теоретические семинары, супервизия

4. супервизия

5. супервизия, наставничество

**39.#ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ДЕПРЕССИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. тревожность

2. низкая самооценка

3. раздражительность

4. неуверенность

5. гнев

**40. #ПОЧЕМУ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ТРУДНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ДЕПРЕССИЮ КАК БОЛЕЗНЬ:**

1. симптомы депрессии (потеря аппетита и веса, общая слабость, отсутствие сексуального влечения, бессонница) могут быть вызваны собственно неизлечимой болезнью

2. отсутствие адекватных методик психологической диагностики

3. симптомы депрессии могут быть признаками других эмоциональных состояний

4. недостаточный профессионализм специалистов

5. большое разнообразие симптомов депрессии, которые трудно обобщить

**41. #ЕЖЕДНЕВНО ПОДАВЛЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ДНЯ, ПОТЕРЯ ИНТЕРЕСА И СПОСОБНОСТИ ПОЛУЧАТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ, ИЗБЫТОЧНОЕ ИЛИ БЕСПРИЧИННОЕ ЧУВСТВО ВИНЫ, МЫСЛИ О САМОУБИЙСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ:**

1. депрессии

2. тревожности

3. неуверенности

4. низкой самооценки

5. отчаяния

**42. #ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ СОСТАВЛЯЮЩИМИ «БОЛЕВОГО» ПОВЕДЕНИЯ:**

1. раздражительность, агрессия

2. снижение функционирования в результате вынужденного ограничения двигательной активности, сексуальной активности, профессиональной деятельности

3.потребность в «соматических» манипуляциях (вмешательствах): применение медикаментов (анальгетики, адъюванты), лечебные блокады, облегчающая терапия

4.болевые эквиваленты: лексика, выражение лица

5. болевые эквиваленты: гримасы, альгические позы, изменение походки

**43. #ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО БОЛЬНЫЕ ХОДЯТ ОТ ОДНОГО ВРАЧА К ДРУГОМУ, В НАДЕЖДЕ, ЧТО ИМ ПОСТАВЯТ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ДИАГНОЗ, ПРИ ЭТОМ СТРЕМЯТСЯ ИЗОЛИРОВАТЬ СЕБЯ ОТ РОДСТВЕННИКОВ И ДРУЗЕЙ:**

1. стадия отрицания смерти и изоляции

2. стадия смирения (принятие)

3. стадия гнева

4.стадия депрессии

5. стадия «торга»

**44.#ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ПАЦИЕНТ СПОСОБЕН «СОРВАТЬ ЗЛО» НА КОМ УГОДНО, В СВОЕЙ БЕДЕ ОБВИНЯЕТ БЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ, ВРАЧЕЙ, САМОГО СЕБЯ :**

1. стадия гнева

2. стадия «торга»

3. стадия отрицания смерти и изоляции

4. стадия депрессии

5. стадия смирения (принятие)

**45.#ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ПАЦИЕНТ ИСПЫТЫВАЕТ ЧУВСТВО ВИНЫ, ОН ЖЕЛАЕТ ПРОДЛИТЬ ЖИЗНЬ ЧЕРЕЗ «ДОГОВОР» С БОГОМ, СОБОЙ, СУДЬБОЙ:**

1. стадия «торга»

2. стадия депрессии

3. стадия отрицания смерти и изоляции

4. стадия смирения (принятие)

5. стадия гнева

**46. #ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ПАЦИЕНТ ГРУСТИТ, ОПЛАКИВАЕТ СВОЮ БУДУЩУЮ СМЕРТЬ:**

1. стадия депрессии

2. стадия «торга»

3. стадия отрицания смерти и изоляции

4. стадия гнева

5. стадия смирения (принятие)

**47. #ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ГОРЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО, ЧТО СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА БЛИЗКО К ОТСУТСТВИЮ ВООБЩЕ КАКИХ-ЛИБО ПЕРЕЖИВАНИЙ:**

1. стадия смирения (принятие)

2. стадия «торга»

3. стадия отрицания смерти и изоляции

4. стадия гнева

5. стадия депрессии

**48. #УРОВНИ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛИ:**

1. уровень физиологических чувств, эмоционально-мотивационный уровень, когнитивный уровень

2. физиологический уровень, психологический уровень

3. низкий, средний, высокий

4. слабый, умеренный, сильный

5. дискомфорт, страдание, потеря ощущений

**49. #ТАКИЕ КОМПОНЕНТЫ, КАК ДИСКОМФОРТНЫЙ, АЛГИЧЕСКИЙ (ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛИ), ДЕФИЦИТАРНЫЙ (ПЕРЕЖИВАНИЕ СОБСТВЕННОЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ) ВКЛЮЧЕНЫ В ЭТАП ПЕРЕЖИВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ:**

1. сенсологический

2. диагностический

3. оценочный

4. этап отношения к болезни

5. коррекционный

**50.# ТАКИЕ КОМПОНЕНТЫ, КАК ВИТАЛЬНЫЙ, ОБЩЕСТВЕННО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ, ЭТИЧЕСКИЙ, ЭСТЕТИЧЕСКИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В ЭТАП ПЕРЕЖИВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ:**

1. оценочный

2. профилактический

3. сенсологический

4. отношения к болезни

5. диагностический

**51. # ДЛЯ ЭРГОПАТИЧЕСКОГО ТИПА РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ ХРАКТЕРНО:**

1. уход в работу

2. пренебрежение к болезни

3.легкое, эйфорическое отношение к болезни и ее последствиям

4.непрерывное беспокойство и мнительность

5.стремление содействовать врачу

**52. # ТИП РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ – ЭТО:**

1.совокупность эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь

2.поведение человека, вызванное болезнью.

3.реакция напряжения, вызванная действием раздражителя, угрожающего здоровью

4.внутренняя картина болезни

5.осознание своей болезни

**53. # АДЕКВАТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ, СТРЕМЛЕНИЕ СОДЕЙСТВОВАТЬ ВРАЧУ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

1.гармоничного типа

2.эргопатического типа

3.эгоцентрического типа

4.анозогнозического типа

5. тревожного типа

**54. # НЕПРЕРЫВНОЕ БЕСПОКОЙСТВО И МНИТЕЛЬНОСТЬ, ПОИСК НОВЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРАКТЕРНЫ ДЛЯ:**

1.тревожного типа

2.ипохондрического типа

3.неврастенического типа

4.параноидального типа

5. эргопатического типа

**55. # ПСИХИЧЕСКОЕ ЯВЛЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПОД ДЕЙСТВИЕМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ, НАЗЫВАЕТСЯ:**

1.госпитализм

2.психическая депривация

3.ятрогения

4.психогения

5.аутизм

**56. #ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИ БОЛЬНЫМ ДИАГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ:**

1.нозогнозия

2.нозология

3.анозогнозия

4.соматогения

5.ятрогения

**57. #ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - ЭТО:**

1.заболевания, вызванные психогенными факторами

2.осложнение заболевания в результате неосторожных слов медработника

3.являются результатом негативного действия больничной среды

4.психические нарушения, развившиеся вследствие соматических заболеваний

5. заболевания, вызванные наследственными факторами

**58. #ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

1.биологические, психологические, социальные

2.внушение, конфликты, особенности нервной системы

3.социальные факторы, самовнушение, завышенные требования к личности

4.конфликты, самовнушение, социальные факторы

5. самовнушение, завышенные требования к личности

**59. # ПРИЧИНЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

1.психологические конфликты, внушение, рефлекторная патогенная реакция

2.слабый тип нервной системы, характер профессиональной деятельности

3.внушение, характер, социальные факторы.

4.некомпетентность медицинского персонала и психотравмирующая ситуация

5. рефлекторная патогенная реакция

**60. # СОМАТОГЕНИИ – ЭТО:**

1.психические нарушения, вызываемые соматическими заболеваниями

2.осложнения течения заболевания

3.заболевания, вызываемые действиями медработников

4.проявления госпитализма

5. психологические конфликты

**61. # ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ В СОСТОЯНИИ ТРЕВОЖНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

1.давать больше информации о состоянии здоровья

2.давать меньше информации о состоянии здоровья

3.игнорировать проявление тревожности у пациента

4.активизировать пациента на борьбу с болезнью

5. успокоить пациента

**62. #ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ:**

1. принципы оказания паллиативной помощи детям такие же, как принципы оказания паллиативной помощи взрослым

2. принципы оказания паллиативной помощи детям отличаются от принципов паллиативной помощи взрослым

3. принципы оказания паллиативной помощи зависят от возраста ребенка

4. принципы оказания паллиативной помощи зависят от тяжести состояния ребенка

5. принципы оказания паллиативной помощи зависят от особенностей заболевания ребенка

**63. #ДЕТСКОЕ ГОРЕ ПРОХОДИТ СТАДИИ:**

1. шок и оцепенение, отрицание, поиски, гнев, вина, страдание, реорганизация, завершение

2. отрицание, гнев, страдание

3. шок и оцепенение, отрицание, гнев, вина

4. шок и оцепенение, отрицание, страдание, завершение

5. отрицание, страдание, реорганизация, завершение

**64. #В ПРОЦЕССУАЛЬНОМ ПЛАНЕ ДЕТСКОЕ ГОРЕ:**

1. проходит те же стадии, как и взрослое

2. характеризуется прохождением особенных стадий

3. трудно выделить стадии прохождения детского горя

4. проявление стадий зависит от семейных отношений

5. проявление стадий зависит от тяжести заболевания

**65. #СТАДИЯ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМАЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО** **ЧУВСТВО ОТРЫВА ОТ ЖИЗНИ, НЕГОТОВНОСТЬ ПРИНЯТЬ ПОТЕРЮ:**

1. **шок, оцепенение, неверие**

2. боль

3. **отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать)**

4. **разрешение и перестройка**

5. **принятие (осознание смерти)**

**66. #СТАДИЯ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМАЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ОСОЗНАНИЕ ТОГО, ЧТО УМЕРШИЙ НЕ ВЕРНЕТСЯ; МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ЗЛОСТЬЮ, ВИНОЙ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬЮ, БЕСПОКОЙСТВОМ, ЧРЕЗМЕРНОЙ ПЕЧАЛЬЮ :**

1. **отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать)**

2. боль

3. **шок, оцепенение, неверие**

4. **разрешение и перестройка**

5. **принятие (осознание смерти)**

**67. #СТАДИЯ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМАЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО МЫСЛЕННОЕ ОСОЗНАНИЕ НЕИЗБЕЖНОСТИ ПОТЕРИ ЗАДОЛГО ДО ТОГО, КАК ИХ ЧУВСТВА ДАДУТ ИМ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИНЯТЬ ПРАВДУ:**

1. **принятие (осознание смерти)**

2. боль

3. **шок, оцепенение, неверие**

4. **отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать)**

5. **разрешение и перестройка**

**68. #СТАДИЯ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМАЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ВОСПОМИНАНИЕ ОБ УМЕРШЕМ БЕЗ ВСЕПОГЛОЩАЮЩЕЙ ПЕЧАЛИ:**

1. **разрешение и перестройка**

2. боль

3. **шок, оцепенение, неверие**

4. **отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать)**

5. **принятие (осознание смерти)**

**69. # ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ МЕДРАБОТНИКА В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ:**

1.умение наладить близкий контакт

2.вселение уверенности в себе

3.готовность к контакту и сотрудничеству

4.устранение ятрогений

5. организация лечебной среды

**70. #ТАКТИКА ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРЕДПОЛАГАЕТ:**

1.предупреждение чувства нарастающей беспомощности

2.терпение и любовь

3.организация лечебной среды

4.такт, психологическая поддержка

5. вселение уверенности в себе

**71. #ГРУППА, В СООТВЕТСТВИИ С КОТОРОЙ ИНДИВИД ОЦЕНИВАЕТ СВОЕ СОБСТВЕННОЕ ПОВЕДЕНИЕ ИЛИ СИТУАЦИЮ, В КОТОРОЙ ОН НАХОДИТСЯ:**

**а) референтная группа**

б) малая группа

в) условная группа

г) реальная группа

д) группа-кооперация

**72. #НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ:**

**а) группа-конгломерат**

б) группа-автономия

в) группа-кооперация

г) номинальная группа

д) коллектив

**73. #СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ДЕЛОВЫМ ХАРАКТЕРОМ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЕЕ ЧЛЕНОВ, ПОДЧИНЕННЫХ ДОСТ ИЖЕНИЮ ОФИЦИАЛЬНЫХ ГРУППОВЫХ ЦЕЛЕЙ:**

**а) группа-кооперация**

б) группа-автономия

в) группа-конгломерат

г) номинальная группа

д) коллектив

**74. #ВЫСШАЯ СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ:**

**а) коллектив**

б) группа-автономия

в) группа-конгломерат

г) номинальная группа

д) группа-кооперация

**75. #ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ МАЛОЙ ГРУППЫ:**

**а) композиция группы, цели группы, нормы группы, система санкций, групповые процессы**

б) композиция группы, цели группы, нормы группы, групповая динамика

в) цели группы, нормы группы, система санкций, групповая динамика, групповые процессы

г) нормы группы, система санкций, групповые процессы, групповая динамика

д) композиция группы, групповая динамика, цели группы, нормы группы

**76. #ГОТОВНОСТЬ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ ПОДДЕРЖИВАТЬ ДРУГ ДРУГА, ИЛИ ВЗАИМНОЕ ТЯГОТЕНИЕ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ ДРУГ К ДРУГУ:**

**а) сплоченность**

б) эмпатия

в) психологическая совместимость

г) конформность

д) взаимовыручка

**77.# СПОСОБНОСТЬ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ К СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОСНОВАННАЯ НА ИХ ОПТИМАЛЬНОМ СОЧЕТАНИИ:**

**а) психологическая совместимость**

б) сплоченность

в) сотрудничество

г) конформность

д) взаимовыручка

**78. #СОВОКУПНОСТЬ ВНУТРИГРУППОВЫХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ЯВЛЕНИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ВЕСЬ ПРОЦЕСС ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И СУЩЕСТВОВАНИЯ ГРУППЫ: ОБРАЗОВАНИЕ, РАЗВИТИЕ, СТАГНАЦИЯ, РЕГРЕСС, РАСПАД - ЭТО:**

**а) групповая динамика**

б) групповая сплоченность

в) развитие группы

г) внутригрупповые отношения

д) ролевая структура группы

**79. #НАИБОЛЕЕ РЕФЕРЕНТНОЕ ЛИЦО В ГРУППЕ , ЗА КОТОРЫМ ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ ГРУППЫ ПРИЗНАЮТ ПРАВО БРАТЬ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ:**

**а) лидер**

б) эксперт

в) оппозиционер

г) монополист

д) моралист

**80.# ПРИ КАКОМ ТИПЕ ВОСПИТАНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПОВЕДЕНИЕМ РЕБЕНКА :**

**а) гипопротекция**

б) эмоциональное отвержение

в) потворствующая гипопротекция

г) доминирующая гиперпротекция

д) потворствующая гиперпротекция

**81. # КАК НАЗЫВАЕТСЯ СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ РОДИТЕЛИ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ РАЗЛИЧНЫЕ И ПРОТИВОПОЛОЖНО НАПРАВЛЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕБЕНКУ :**

**а) противоречивое воспитание**

б) доминирующая гиперпротекция

в) потворствующая гиперпротекция

г) эмоциональное отвержение

д) гипопротекция

**82. #СФЕРА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННАЯ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЕЕ ЧЛЕНОВ:**

**а) функция семьи**

б) структура семьи

в) динамика семьи

г) функция социального контроля

д) хозяйственно-бытовая функция

**83. #СУПЕРВИЗИЯ - ЭТО:**

1. один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов

2. наблюдение более опытного специалиста за практической деятельностью начинающего специалиста

3. один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в форме оказание психотерапевтической помощи

4. один из методов теоретического повышения квалификации специалистов

5. один из методов практического повышения квалификации специалистов

**84. #ОБУЧАЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

2. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

3. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

**85. #ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

2. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

3. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

4. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**86. #КОНСУЛЬТИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

2. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

3. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**87. #АДМИНИСТРАТИВНАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

2. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

3. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**88. #ОЦЕНОЧНАЯ (ЭКСПЕРТНАЯ) ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

2. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

3. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**89. #МЕНЕДЖЕРСКАЯ ФУНКЦИЯ СУПЕРВИЗИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:**

1. супервизия команды смежных специалистов, работающих с трудным пациентом, нуждающихся в разносторонней помощи, в которой необходимо согласовывать профессиональные действия специалистов, осуществлять общее руководство, ведение случая

2. в фокусе внимания – контроль достижения целей, сформулированных в супервизорском контракте, отслеживание прогресса пациента, обратная связь супервизируемому по поводу знания теории и реализации практических навыков, помощь в оценке своих сильных и слабых сторон, оценка профессионализма перед лицом профессионального сообщества

2. в фокусе внимания - степень соответствия работы супервизируемого стандартам учреждения, в котором она осуществляется, а также контроль за соблюдением этических стандартов помощи

3. супервизор не дает прямых ответов (знания), а скорее снабжает супервизируемых альтернативами, стимулируя развитие профессионального мышления, помогает перевести профессиональный опыт на грамотный профессиональный язык, извлекать знания из опыта, обращаться к концептуальным основаниям работы

4. помощь в переживании негативного опыта общения с «трудными» клиентами

5. развитие умений, навыков, понимания и способностей супервизируемого, включает анализ и исследование работы супервизируемого с клиентами, что помогает ему лучше понимать пациента, осознавать свои реакции на пациента, понимать динамику отношений и взаимодействий с пациентом, исследовать другие пути работы

**90. #ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С НАСТАВНИКОМ МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ:**

1.при личном контакте, по телефону, по электронной почте

2. только при личном контакте

3. только по телефону

4. только в процессе осуществления профессиональной деятельности

5. только в режиме супервизии

**91. #ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП СУПЕРВИЗИИ – СУПЕРВИЗОР КОНЦЕНТРИРУЕТСЯ НА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, ПОМОГАЯ УЧЕНИКУ ИССЛЕДОВАТЬ РАБОТУ С ПАЦИЕНТАМИ, А КТО-ТО ДРУГОЙ В РАБОЧЕМ ОКРУЖЕНИИ СУПЕРВИЗИРУЕМОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ПОДДЕРЖКУ И НАПРАВЛЯЮЩУЮ ФУНКЦИЮ:**

1. наставническая супервизия

2. обучающая супервизия

3. направляющая супервизия

4. консультирующая супервизия

5.комбинированная супервизия

**92. #ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП СУПЕРВИЗИИ – СУПЕРВИЗОР КОНЦЕНТРИРУЕТСЯ НА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, ПОМОГАЯ УЧЕНИКУ ИССЛЕДОВАТЬ РАБОТУ С ПАЦИЕНТАМИ, НЕСЕТ ЧАСТИЧНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАБОТУ СУПЕРВИЗИРУЕМОГО С ПАЦИЕНТАМИ:**

1. обучающая супервизия

2. наставническая супервизия

3. направляющая супервизия

4. консультирующая супервизия

5.комбинированная супервизия

**93. #ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП СУПЕРВИЗИИ – СУПЕРВИЗОР ОТВЕЧАЕТ ЗА РАБОТУ СУПЕРВИЗИРУЕМОГО С КЛИЕНТАМИ, НО ОТНОШЕНИЯ СУБОРДИНАЦИИ МЕЖДУ НИМИ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ:**

1. направляющая супервизия

2. наставническая супервизия

3. обучающая супервизия

4. консультирующая супервизия

5.комбинированная супервизия

**94. #ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП СУПЕРВИЗИИ – ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТЫ ПРИНАДЛЕЖИТ СУПЕРВИЗИРУЕМОМУ, НО ОН МОЖЕТ КОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ ПО НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ СО СВОИМ СУПЕРВИЗОРОМ, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИБО ЕГО УЧИТЕЛЕМ, ЛИБО АДМИНИСТРАТОРОМ:**

1. консультирующая супервизия

2. наставническая супервизия

3. обучающая супервизия

4. направляющая супервизия

5.комбинированная супервизия

**95. #ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

2. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

3. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

4. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

5. малая структурированность и руководство процессом супервизии

**96. #ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МЕЖЛИЧНОСТНО-СЕНЗИТИВНОГО СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

2. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

3. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

4. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

5. малая структурированность и руководство процессом супервизии

**97. #ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАСПОЛАГАЮЩЕГО СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

2. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

3. малая структурированность и руководство процессом супервизии

4. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

5. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

**98. #ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АМОРФНОГО СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. малая структурированность и руководство процессом супервизии

2. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

3. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

4. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

5. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

**99. #ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТИЛЯ СУПЕРВИЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

**1**. склонность супервизора приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого

2. фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях

3. характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому

4. фокусировка на структурированном, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии

5. малая структурированность и руководство процессом супервизии

**100. #ЧТО ОТНОСЯТ К НЕЭФФЕКТИВНОМУ СЕПЕРВИЗОРСКОМУ СТИЛЮ:**

1.Терапевтический стиль

2. Ориентированный на решение проблемы стиль

3. Межличностно-сензитивный стиль

4. Располагающий стиль

5. Смешанный стиль

**101. # СРЕДИ ПРИНЦИПОВ ПРОСТОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ВЫДЕЛЯЮТ:**

1.содействие адаптации в лечебном учреждении

2.формирование мировоззрения

3.укрепление веры в себя, реабилитационная поддержка

4.профилактика конфликтов

5.психологическое консультирование

**102. # СИСТЕМА ОТНОШЕНИЙ В СТАЦИОНАРЕ, СПОСОБСТВУЮЩАЯ АДПТАЦИИ ПАЦИЕНТА К БОЛЕЗНИ:**

1.лечебно-охранительный режим

2.лечебная среда

3.активирующий лечебный режим

4.режим эмоциональной безопасности

5.психотерапевтическая среда

**103. # СИСТЕМА СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ, СКЛАДЫВАЮЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ И СПОСОБСТВУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ, НАЗЫВАЕТСЯ:**

1.лечебная среда

2.лечебно-охранительный режим

3.активирующий лечебный режим

4.режим эмоциональной безопасности

5.реабилитация

**104. # СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:**

1.активирующий лечебный режим

2.лечебно-охранительный режим

3.лечебная среда

4.режим эмоциональной безопасности

5.психотерапия

**105.# СТРЕСС - ЭТО:**

1.реакция напряжения в ответ на действие раздражителя

2.нервное напряжение и приспособительная реакция организации

3.состояние тревоги

4.ответная реакция на психотравму

5.дезадаптация

**106. # ФАЗЫ СТРЕССА:**

1.тревога, сопротивление, истощение

2.эустресс и дистресс

3.тревога, сопротивление, дистресс

4.сверхсильные стрессоры, длительно действующие стрессоры

5. часто повторяющиеся стрессоры

**107.# ПРОЦЕСС ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ДВУХ ЛИЦ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ВЗАИМНОЕ ПОЗНАНИЕ, НА УСТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ, ОКАЗАНИЯ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ НА СОСТОЯНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПОВЕДЕНИЕ, А ТАКЖЕ НА РЕГУЛЯЦИЮ ИХ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:**

**1. общение**

2. социализация

3. манипулирование

4. воспитание

5. сотрудничество

**108. #ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ЛЮДЕЙ В ПРОЦЕССЕ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕАЛИЗУЕТСЯ ФУНКЦИЯ ОБЩЕНИЯ:**

**1. прагматическая**

2. функция организации и поддержания межличностных отношений

3. внутриличностная функция

4. функция подтверждения

5. формирующая функция

**109. #ПРИ ПОЗНАНИИ, ПОНИМАНИИ, УТВЕРЖДЕНИИ СЕБЯ В СОБСТВЕННЫХ ГЛАЗАХ ТОЛЬКО В ХОДЕ ОБЩЕНИЯ С ДРУГИМИ ЛЮДЬМИ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ ФУНКЦИЯ ОБЩЕНИЯ:**

**1. функция подтверждения**

2. формирующая функция

3. внутриличностная функция

4. прагматическая

5. функция организации и поддержания межличностных отношений

**110.# ЭФФЕКТ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВОСПРИЯТИЯ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ ВО ВЛИЯНИИ ОБЩЕГО ВПЕЧАТЛЕНИЯ О ЧЕЛОВЕКЕ НА ВОСПРИЯТИЕ И ОЦЕНКУ ЧАСТНЫХ СВОЙСТВ ЕГО ЛИЧНОСТИ:**

**1. эффект ореола**

2. эффект последовательности

3. эффект авансирования

4. эффект проецирования

5. явление стереотипизации

**111. # ЭФФЕКТ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВОСПРИЯТИЯ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В ТОМ, ЧТО ЧЕЛОВЕК ОЖИДАЕТ ОТ ОКРУЖАЮЩИХ ПОВЕДЕНИЯ ПО ЕГО СОБСТВЕННОЙ МОДЕЛИ:**

**1. эффект проецирования**

2. эффект последовательности

3. эффект авансирования

4. эффект ореола

5. явление стереотипизации

**112. #К СРЕДСТВАМ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ :**

**1. мимика, жесты, другие движения тела**

2. речь, слушание, жесты

3. поза, жесты, вопросы

4. движения, мимика, обращение по имени

5. интонации, речь, взгляд

**113.# МЕЖЛИЧНОСТНОЕ РАССТОЯНИЕ В ОБЩЕНИИ – ЛИЧНОСТНАЯ ДИСТАНЦИЯ – СОСТАВЛЯЕТ:**

**1. от 46 до 120 см**

2. от 1,2 до 3,6 метров

3. более 3,6 метра

4. от 15 до 45 см

5. от 30 до 50 см

**114.# МЕЖЛИЧНОСТНОЕ РАССТОЯНИЕ В ОБЩЕНИИ – ЛИЧНОСТНАЯ ДИСТАНЦИЯ – СОСТАВЛЯЕТ:**

**1. от 46 до 120 см**

2. от 1,2 до 3,6 метров

3. более 3,6 метра

4. от 15 до 45 см

5. от 30 до 50 см

**115.# МЕЖЛИЧНОСТНОЕ РАССТОЯНИЕ В ОБЩЕНИИ – ИНТИМНОЕ РАССТОЯНИЕ - СОСТАВЛЯЕТ:**

**1. от 15 до 45 см**

2. от 1,2 до 3,6 метров

3. от 46 до 120 см

4. менее 20 см

5. от 30 до 50 см

**116. # КЛЮЧЕВОЙ КОМПОНЕНТ НЕВЕРБАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ:**

**1. взгляд**

2. жесты

3. мимика

4. расстояние между собеседниками

5. паузы

**117.# К КАКОЙ ФАЗЕ ПАРТНЕРСКОГО ОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ СРЕДСТВА АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ, УМЕНИЕ ЗАДАВАТЬ ВОПРОСЫ, СНЯТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ:**

**1. ориентация в проблеме**

2. обсуждение

3. установление контакта

4. решение

5. знакомство

**118.# ПРИЕМ АКТИВНОГО СЛУШАНИЯ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В УМЕНИИ МОЛЧАТЬ, НЕ ВМЕШИВАЯСЬ В РЕЧЬ СОБЕСЕДНИКА:**

**1. нерефлексивное слушание**

2. перефразирование

3. рефлексивное слушание

4. эмпатическое слушание

5. отзеркаливание

**119.# ПРИЕМ АКТИВНОГО СЛУШАНИЯ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯСНЕНИЯ ТОЧНОСТИ ВОСПРИЯТИЯ УСЛЫШАННОГО:**

**1. рефлексивное слушание**

2. отзеркаливание

3. нерефлексивное слушание

4. эмпатическое слушание

5. перефразирование

**120.# СИСТЕМА ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРИЧИН ПОВЕДЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ:**

**1. каузальная атрибуция**

2. наблюдательность

3. эффект ореола

4. социальные стереотипы

5. перефразирование

**121**.# **ВАЖНЫМ УСЛОВИЕМ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1.доверительная дистанция

2.предупреждение госпитализма

3.применение клинического интервью

4.предупреждение ятрогений

5. общие интересы и ценностные ориентации

**122.# ОПТИМАЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ:**

1.создает наилучшие условие лечения

2.способствует развитию межличностных отношений

3.способствует предотвращению конфликтов

4.способствует устранению конфликтов с пациентами

5.предупреждает эмоциональное выгорание

**123.# НАУКА О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ МЕДРАБОТНИКА НАЗЫВАЕТСЯ:**

1.медицинская этика

2.медицинская деонтология

3.медицинская конфликтология

4.социальная медицина

5.медицинская психология

**124.# КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА - ЭТО:**

1.способность устанавливать и поддерживать контакты с людьми

2.способность управлять поведением членов медицинского коллектива

3.способность оказывать психологическое воздействие на пациента

4.способность предупреждать ятрогенное воздействие на пациента

5. способность разрешать конфликты

**125.# УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕНИЕМ В СИСТЕМЕ «МЕДРАБОТНИК – ПАЦИЕНТ» ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСРЕДСТВОМ:**

1.обратной связи и механизмов убеждения, внушения, заражения

2.преодоление барьеров в общении

3.механизмов убеждения, внушения, заражения

4.методов активного слушания

5.рефлексии

**126.# ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ АТМОСФЕРУ МЕДКОЛЛЕКТИВА ОПРЕДЕЛЯЕТ:**

1.субординация, общая цель деятельности

2.социальная цель деятельности, взаимозависимость, ответственность

3.сходство социального положения, близость и частота контактов

4. взаимозависимость, ответственность

5. близость и частота контактов

**127.# В КАКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ВРАЧ ПРЕДСТАЕТ В РОЛИ ВОЛШЕБНИКА, ЗАБОТЛИВОГО ОТЦА И ДАЖЕ БОГА, КОТОРЫЙ ПО СВОЕМУ УСМОТРЕНИЮ УПРАВЛЯЕТ ЖИЗНЬЮ ЧЕЛОВЕКА (ПАЦИЕНТА). ПАЦИЕНТ ВЫСТУПАЕТ В РОЛИ РЕБЕНКА, СЛЕПО И БЕЗОГОВОРОЧНО ДОВЕРЯЮЩЕГО ОТЦУ И НЕ НЕСЕТ НИКАКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ:**

1. патерналистская (сакральная) модель

2. модель технического типа

3. модель коллегиального типа

4. модель контрактного типа

5. демократическая модель

**128.# В КАКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЖИТ В РАВНОЙ СТЕПЕНИ И НА ВРАЧЕ И НА ПАЦИЕНТЕ; ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА – ПРОЦЕСС ЛИКВИДАЦИИ «ПОЛОМКИ» В ЧЕЛОВЕКЕ, ОН ЯВЛЯЕТСЯ САМОЦЕННЫМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НАУЧНОГО ЗНАНИЯ И ПРЕДПОЛАГАЕТ ЯРКО ВЫРАЖЕННУЮ БЕСПРИСТРАСТНОСТЬ ВРАЧА:**

1. модель технического типа

2. демократическая модель

3. модель коллегиального типа

4. модель контрактного типа

5. патерналистская (сакральная) модель

**129.# В КАКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ОНИ ВЫСТУПАЮТ КАК РАВНЫЕ КОЛЛЕГИ В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЬЮ; ПРИ ЭТОМ ВРАЧ НЕ ИСПЫТЫВАЕТ СТРАДАНИЙ БОЛЬНОГО:**

1. модель коллегиального типа

2. демократическая модель

3. модель технического типа

4. модель контрактного типа

5. патерналистская (сакральная) модель

**130.# В КАКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЖИТ В РАВНОЙ СТЕПЕНИ И НА ВРАЧЕ И НА ПАЦИЕНТЕ; ПРИ ЭТОМ ВРАЧ ОСОЗНАЕТ, ЧТО В СЛУЧАЯХ ЗНАЧИМОГО ВЫБОРА ЗА ПАЦИЕНТОМ ДОЛЖНА СОХРАНЯТЬСЯ СВОБОДА УПРАВЛЯТЬ СВОЕЙ ЖИЗНЬЮ И СУДЬБОЙ:**

1. модель контрактного типа

2. модель коллегиального типа

3. модель технического типа

4. демократическая модель

5. патерналистская (сакральная) модель

**131.#СТОЛКНОВЕНИЕ ПРОТИВОПОЛОЖНО НАПРАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ, ИНТЕРЕСОВ, ПОЗИЦИЙ, ЯВЛЕНИЙ, ВЗГЛЯДОВ ОППОНЕНТОВ ИЛИ СУБЪЕКТОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ:**1.конфликт  
2.конкуренция  
3.соревнование

4.противоречие

5.дискуссия

**132.#ФАЗА, НА КОТОРОЙ САМАЯ ВЫСОКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА:**1.начальная фаза  
2.фаза подъема  
3.пик конфликта  
4.фаза спада

5.предварительная фаза

**133. #В ПЕРЕВОДЕ С ЛАТИНСКОГО «КОНФЛИКТ» ОЗНАЧАЕТ:**

1. столкновение

2. соглашение  
3. противоборство  
4. существование

5. противостояние

**134. #ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ И ЭФФЕКТИВНЫХ ФОРМ УЧАСТИЯ ТРЕТЬЕГО ЛИЦА В РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТОВ:**

1. переговорный процесс

2. сотрудничество

3. компромисс

4.дискуссия

5. дебаты

**135.# НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ КОНСТРУКТИВНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОЛНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ – ЭТО:**

1. партнерство

2. уход

3. компромисс

4. договор

5. дискуссия

**136.# СПОСОБ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕНАСИЛЬСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ПРИЕМОВ ДЛЯ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ – ЭТО:**

1. переговоры

2. дебаты

3. игнорирование

4. рефлексия

5. эмпатия

**137. #СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧАСТНИКОВ КОНФЛИКТА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ И РАЗРЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ:**

1. разрешение конфликта

2. затухание конфликта

3.манипуляторство

4. групповое взаимодействие

5. межличностное общение

**138.# ПРОЦЕСС ПЕРЕХОДА ОТ ПРЕДКОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ К КОНФЛИКТУ И ЕГО РАЗРЕШЕНИЮ ОТРАЖАЕТ:**

1. динамика конфликта

2. темперамент участников конфликта

3. объект конфликта

4. групповое взаимодействие

5. прекращение противоречий

139. #**К ЭТАПАМ КОНФЛИКТА ОТНОСЯТСЯ:**

1.предконфликтная ситуация, открытый конфликт с инцидентом, эскалацией и завершением, послеконфликтный период

2. возникновение противоречий, этап попыток снижения напряженности, нарастание противоречий, разрешение конфликта

3. предконфликтная ситуация, открытый конфликт с инцидентом,послеконфликтный период

4. инцидент, эскалация, примирение

5. инцидент, эскалация, завершение

140. #**КОМПРОМИСС НЕВОЗМОЖЕН В КОНФЛИКТЕ:**

1. ценностей

2. интересов

3. ресурсов

4.начальник-подчиненный

5.преимуществ

141.# **ПОДНЯТИЕ УРОВНЯ ВЗАИМНОЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТОРОН – ЭТО ФУНКЦИЯ КОНФЛИКТА:**

1. информационная

2. профилактическая

3. сигнальная

4. развивающая

5. образовательная

142. #**ПЕРЕГОВОРЫ КАК СПОСОБ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:**

1.выдвижение своих требований каждой из сторон с одновременной готовностью к компромиссу

2.обращение за помощью третьей стороны

3. обязательства, данные участниками конфликта, по восстановлению мирных отношений

4. достижение компромисса

5.давление более сильной стороны на слабую

**143. #ЗАМОРАЖИВАНИЕ КОНФЛИКТА ПРЕДПОЛАГАЕТ:**

1. его отсрочку с сохранением имеющихся противоречий

2.изучение возникших противоречий для определения их причин и прогнозирования;

3. запрет управляющего субъекта на участие в конфликте во имя общих интересов

4. его прекращение

5. меры по разрешению конфликта

**144.# ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА:ИМПУЛЬСИВЕН, НЕДОСТАТОЧНО КОНТРОЛИРУЕТ СЕБЯ, ПОВЕДЕНИЕ ПЛОХО ПРЕДСКАЗУЕМО, ВЕДЕТ СЕБЯ ВЫЗЫВАЮЩЕ. ЧАСТО НЕ ОБРАЩАЕТ ВНИМАНИЯ НА ОБЩЕПРИНЯТЫЕ НОРМЫ ОБЩЕНИЯ, НЕСАМОКРИТИЧЕН, ВО МНОГИХ НЕПРИЯТНОСТЯХ СКЛОНЕН ОБВИНЯТЬ ДРУГИХ:**   
**1.неуправляемый**  
2.ригидный  
3.бесконфликтный  
4.демонстративный  
5.сверхточный

**145. #ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА:** скрупулезно относится к работе, предъявляет повышенные требования к себе и окружающим, причем последним кажется, что он придирается, обладает повышенной тревожностью, чрезмерной чувствительностью к деталям, склонен придавать излишнее значение замечаниям окружающих. Страдает от себя сам, переживает свои просчеты, неудачи, подчас расплачивается за них даже болезнями (бессонницей, головными болями и т.д.)  
**1.сверхточный**

2.неуправляемый  
3.ригидный  
4.бесконфликтный  
5.демонстративный  
**146. #ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА: РАЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВЫРАЖЕНО СЛАБО, ЯРКО ВЫРАЖЕНО ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ПЛАНИРОВАНИЕ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СИТУАТИВНО И СЛАБО ВОПЛОЩАЕТСЯ В ЖИЗНЬ, ХОРОШО СЕБЯ ЧУВСТВУЕТ В СИТУАЦИИ КОНФЛИКТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ:**

**1.демонстративный**  
2.неуправляемый  
3.ригидный  
4.бесконфликтный  
5.сверхточный

**147.# СТИЛЬ, КОТОРЫЙ ОЗНАЧАЕТ РАСПОЛОЖЕННОСТЬ УЧАСТНИКОВ КОНФЛИКТА К УРЕГУЛИРОВАНИЮ РАЗНОГЛАСИЯ НА ОСНОВЕ ВЗАИМНЫХ УСТУПОК, ДОСТИЖЕНИЯ ЧАСТИЧНОГО УДОВЛЕТВОРЕНИЯ СВОИХ ИНТЕРЕСОВ И В РАВНОЙ МЕРЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ АКТИВНЫЕ И ПАССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, ПРИЛОЖЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И КОЛЛЕКТИВНЫХ УСИЛИЙ:   
1.компромисс**

2.конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)  
3.уклонение (уход)  
4.приспособление (уступка)  
5.сотрудничество  
**148. #МОДЕЛЬ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРОЙ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ: ПОСТОЯННО СТРЕМИТСЯ К РАСШИРЕНИЮ И ОБОСТРЕНИЮ КОНФЛИКТА; ПОСТОЯННО ПРИНИЖАЕТ ПАРТНЕРА, НЕГАТИВНО ОЦЕНИВАЕТ ЕГО ЛИЧНОСТЬ; ПОЯВЛЯЕТ ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ И НЕДОВЕРИЕ К СОПЕРНИКУ, НАРУШАЕТ ЭТИКУ ОБЩЕНИЯ:**

**1. деструктивная**  
2.конструктивная  
3.конформистская  
4.нонконформистская

**5.** агрессивная

**149. #** **СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЯВНЫМ ОТСУТСТВИЕМ У ВОВЛЕЧЕННОГО В КОНФЛИКТНУЮ СИТУАЦИЮ ЖЕЛАНИЯ СОТРУДНИЧАТЬ С КЕМ-ЛИБО И ПРИЛАГАТЬ АКТИВНЫЕ УСИЛИЯ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СОБСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ, РАВНО КАК И ПОЙТИ НАВСТРЕЧУ ОППОНЕНТАМ:**

**1.**приспособление (уступка)  
**2.уклонение (уход)**  
3.конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)  
4.сотрудничество  
5.компромисс

**150. # ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА: НЕУСТОЙЧИВ В ОЦЕНКАХ И МНЕНИЯХ, ОБЛАДАЕТ ЛЕГКОЙ ВНУШАЕМОСТЬЮ, ВНУТРЕННЕ ПРОТИВОРЕЧИВ, ХАРАКТЕРНА НЕКОТОРАЯ НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ, ОРИЕНТИРУЕТСЯ НА СИЮМИНУТНЫЙ УСПЕХ В СИТУАЦИЯХ, НЕДОСТАТОЧНО ХОРОШО ВИДИТ ПЕРСПЕКТИВУ, ЗАВИСИТ ОТ МНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ, НЕ ОБЛДАЕТ ДОСТАТОЧНОЙ СИЛОЙ ВОЛИ, ИЗЛИШНЕ СТРЕМИТСЯ К КОМПРОМИССУ:**

1. **бесконфликтный**  
2. неуправляемый  
3.ригидный  
4.демонстративный  
5.сверхточный

**151. # СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ, КОТОРЫЙ НАЦЕЛЕН НА МАКСИМАЛЬНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ УЧАСТНИКАМИ КОНФЛИКТА СОБСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ, ПРЕДПОЛАГАЕТ СОВМЕСТНЫЙ ПОИСК ТАКОГО РЕШЕНИЯ, КОТОРЫЙ ОТВЕЧАЕТ УСТРЕМЛЕНИЯМ ВСЕХ КОНФЛИКТУЮЩИХ СТОРОН:   
1.сотрудничество**  
2.конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)  
3.уклонение (уход)  
4.приспособление (уступка)  
5.компромисс

**152.# МОДЕЛЬ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРОЙ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ: ПАССИВНА, СКЛОННА К УСТУПКАМ; НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНА В ОЦЕНКАХ, СУЖДЕНИЯХ, ПОВЕДЕНИИ; ЛЕГКО СОГЛАШАЕТСЯ С ТОЧКОЙ ЗРЕНИЯ СОПЕРНИКА; УХОДИТ ОТ ОСТРЫХ ВОПРОСОВ:**  
**1.конформистская**  
2.конструктивная  
3.деструктивная  
4.нонконформистская

5. гармоничная

**153.# СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ, КОТОРЫЙ СТРЕМИТСЯ НАВЯЗАТЬ ДРУГИМ СВОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ, УПОВАЕТ ТОЛЬКО НА СВОЮ СИЛУ, НЕ ПРИЕМЛЕТ СОВМЕСТНЫХ ДЕЙСТВИЕЙ, ПРОЯВЛЯЯ ЭЛЕМЕНТЫ МАКСИМАЛИЗМА, ВОЛЕВОЙ НАПОР, ЖЕЛАНИЕ ЛЮБЫМ ПУТЕМ, ВКЛЮЧАЯ СИЛИВОЕ ДАВЛЕНИЕ, АДМИНИСТРАТИВНЫЕ САНКЦИИ, ЗАПУГИВАНИЕ, ШАНТАЖ, ЧТОБЫ, ВО ЧТО БЫ ТО НИ СТАЛО ВЗЯТЬ ВЕРХ НАД ОППОНЕНТОМ, ОДЕРЖАТЬ ПОБЕДУ В КОНФЛИКТЕ:**

1.**конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)**  
2. уклонение (уход)  
3.приспособление (уступка)  
4.сотрудничество  
5.компромисс

**154.# МОДЕЛЬ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРОЙ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ: СТРЕМИТСЯ УЛАДИТЬ КОНФЛИК; НАЦЕЛЕНА НА ПОИСК ПРИЕМЛЕМОГО РЕШЕНИЯ; ОТЛИЧАЕТСЯ ВЫДЕРЖКОЙ И САМООБЛАДАНИЕМ, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ОТНОШЕНИЕМ К СОПЕРНИКУ; ОТКРЫТА И ИСКРЕННА, В ОБЩЕНИИ ЛАКОНИЧНА И НЕМНОГОСЛОВНА:   
1.конструктивная**  
2.деструктивная  
3.конформистская  
4.нонконформистская

**155. # СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЙ ОТЛИЧАЕТСЯ СКЛОННОСТЬЮ УЧАСТНИКОВ КОНФЛИКТА СМЯГЧИТЬ, СГЛАДИТЬ КОНФЛИКТНУЮ СИТУАЦИЮ, СОХРАНИТЬ ИЛИ ВОССТАНОВИТЬ ГАРМОНИЮ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ПОСРЕДСТВОМ УСТУПЧИВОСТИ, ДОВЕРИЯ, ГОТОВНОСТИ К ПРИМИРЕНИЮ:   
1.приспособление (уступка)**  
2.конфронтация (принуждение, борьба, соперничество)  
3.уклонение (уход)  
4.сотрудничество  
5.компромисс

**156. #ТИП КОНФЛИКТНОЙ ЛИЧНОСТИ, КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ДАННАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА: ПОДОЗРИТЕЛЕН, ОБЛАДАЕТ ЗАВЫШЕННОЙ САМООЦЕНКОЙ, ПОСТОЯННО ТРЕБУЕТ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СОБСТВЕННОЙ ЗНАЧИМОСТИ, ПРЯМОЛИНЕЕН И НЕ ГИБОК, С БОЛЬШИМ ТРУДОМ ПРИНИМАЕТ ТОЧКУ ЗРЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ. НЕ СЧИТАЕТСЯ С ИХ МНЕНИЕМ. ПОЧТЕНИЕ СО СТОРОНЫ ОКРУЖАЮЩИХ ВОСПРИНИМАЕТ КАК ДОЛЖНОЕ. ВЫРАЖЕНИЕ НЕДОБРОЖЕЛАТЕЛЬСТВА СО СТОРОНЫ ОКРУЖАЮЩИХ ВОСПРИНИМАЕТ КАК ОБИДУ. МАЛОКРИТИЧЕН ПО ОТНОШЕНИЮ К СВОИМ ПОСТУПКАМ. БОЛЕЗНЕННО ОБИДЧИВ, ПОВЫШЕННО ЧУВСТВИТЕЛЕН ПО ОТНОШЕНИЮ К МНИМЫМ ИЛИ ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ НЕСПРАВЕДЛИВОСТЯМ:**

**1.ригидный**  
2.неуправляемый  
3.бесконфликтный  
4.демонстративный  
5.сверхточный

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Проверяемая компетенция** | **Индикаторы достижения компетенции** | **Дескриптор** | **Контрольно-оценочное средство (вопросы)** |
| ПК-3  Способность оказывать паллиативную медицинскую помощь взрослому населению и детям | Инд.ПК3.4. Предоставляет медицинский уход пациентам в терминальной стадии неизлечимых заболеваний | **Знать** психологические проблемы больного в терминальной стадии; права граждан при оказании медико-социальной помощи; этические аспекты сообщения диагноза пациенту и его родным | вопросы № 3,4,5,6, 8, 9, 11,12,13,14, 15 |
| **Уметь** распознавать психологические проблемы пациента в терминальной стадии неизлечимых заболеваний и выстраивать адекватное взаимодействие с пациентом | практические задания № 5,6,7,15, 16,18,23,24, 29 |
| **Владеть** навыками решения психологических, эмоциональных, духовных и социальных проблем как человека, заболевание которого достигло терминальной стадии, так и его семьи. | практические задания № 5,6,7,18,19,23,24, 29 |
| Инд.ПК3.1. Организует и проводит выездные консультации медицинской сестры по паллиативной помощи | **Знать** цели, задачи, содержание и психологические аспекты паллиативной помощи | вопросы № 1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10, 11,12,13,14, 16, 22 |
| **Уметь** учитывать возрастные особенности пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи населению | практические задания № 18,20, 21, 22, 25,26,27,28 |
| **Владеть** навыками консультирования по вопросам паллиативной помощи | практические задания № 18,19,20,21, 22,24, 29 |
| Инд.ПК3.3. Оказывает паллиативную медицинскую помощь согласно индивидуальным потребностям пациента | **Знать** индивидуально-психологические аспекты переживания боли | вопросы №3,8,9,10,11,13 |
| **Уметь** выявлять индивидуальные потребности пациента при оказании паллиативной медицинской помощи | практические задания № 5,6,7,15,16,18,20, 21,22,23,24, 29 |
| **Владеть** методами выявления индивидуальных потребностей пациента при оказании паллиативной помощи | практические задания № 18,19,20,21, 22,23,24 |
|  | Инд.ПК3.2. Проводит контроль и купирование хронического болевого синдрома у пациентов | **Знать** Особенности болевой чувствительности; факторы, определяющие восприятие боли;психические факторы при хронической и острой боли; влияние гендерных различий на восприятие боли; эмоционально-поведенческие аспекты восприятия боли | вопросы № 8,10,12, 13,14 |
| **Уметь** учитывать психологические аспекты переживания боли при контроле и купировании хронического болевого синдрома у пациентов | практические задания №15, 16,17,19 |
| **Владеть** навыками психологического воздействия на пациента при контроле и купировании у него хронического болевого синдрома | практические задания № 19,30 |
| **УК-3** | **Способность осуществлять социальное взаимодействие и реализовывать свою роль в команде** | **Знать** понятия социального взаимодействия,профессионального общения,их этическими аспектами и факторами эффективности;понятие коммуникативной компетентности;причины конфликтов в социальном взаимодействии и позитивные стратегии поведения в конфликте | вопросы №17, 18, 19, 20, 21,23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 |
| **Уметь** выстраивать профессиональное взаимодействие в соответствии с этическими нормами и исходя из интересов пациента | практические задания№ 34,35,39, 40, 41 |
| **Владеть** средствами эффективного социального взаимодействия и общения, навыками разрешения конфликтных ситуаций | практические задания № 32, 33, 40, 41 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

текущего фактического рейтинга обучающегося;

бонусного фактического рейтинга обучающегося.

*4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.*

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР).

В дисциплине «Медицинская психология» предусмотрены 6 контрольных точек (теоретические вопросы и практические задания по 6 темам дисциплины). Каждая контрольная точка оценивается в 70 баллов.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок.

При невыполнении задания в контрольной работе по каждому модулю за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов.

Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг, т.е. выполнить все задания по темам в течение семестра в соответствии с расписанием учебных занятий.

*4.2. Правила формирования бонусного фактического обучающегося.*

Бонусные баллы начисляются только при успешном выполнении учебного процесса (средний балл успеваемости 3,0 и выше). При среднем балле ниже данного значения бонусные баллы не начисляются.

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется**

**бонусный фактический рейтинг.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | ***Вид бонусной работы*** | ***Баллы*** | ***Примечание*** |
|  | Успешное обучение | 2-3 | 2 б. – за текущий фак. рейтинг от 4,0 до 4,5  3 б. - за текущий фак. рейтинг от 4,5 до 5. |
|  | Выполнение бонусных заданий по дисциплине | До 10 | 10-8 б.: выставляются, если обучающимся правильно и в достаточном объеме выполнены бонусные задания.  7-5 б.: выставляются, если обучающимся выполнены 70% заданий.  4-3 б.: выставляются, если обучающимся выполнены 50% заданий.  2-1 б.: если обучающимся выполнены 30% заданий. |
|  | Участие в конференциях различного уровня:   * тезисы;   выступление | 5-8 | 5 б. - за публикацию тезисов, статьи в сборнике конференции. Отчетная документация: электронный вариант тезисов;  8 б. - выступление на конференциях. Отчетная документация: сертификат участника. |