

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ**

по дисциплине «Психология»

для обучающихся по специальности

31.02.01 Лечебное дело

Ставрополь, 2023 г.

Методические указания составлены в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования специальности 31.02.01 Лечебное дело, утвержденный Приказом Министерства образования и науки РФ от 12 мая 2014 г. N 514 и программой дисциплины «Психология».

Составитель: А.А. Андреева

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненной специальности 31.00.00 Клиническая медицина протокол № 7 от «26» мая 2023 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол № 6 от «26» мая 2023 г.

Введение

Актуальность изучения данной учебной дисциплины обусловлена значительным расширением фронта психологических исследований, появлением новых научных направлений и дисциплин. Изменился понятийный аппарат психологической науки, непрерывно появляются новые гипотезы и концепции, психология обогащается новыми эмпирическими данными.

Цель изучения учебной дисциплины состоит в повышении образованности студентов в вопросах научной психологии, психологических вопросах их самореализации и самоутверждения в жизни и профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины:

- ознакомление студентов с основами психологической науки;
- раскрытие роли и возможностей психологии в самореализации и самоутверждении человека;
- ознакомление студентов с психологическими основами жизни и деятельности в условиях современного российского общества, способствование развитию у них элементов государственного мышления и активной гражданской позиции.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС СПО по данной специальности, а также личностных результатов:

ЛР7 Осознающий приоритетную ценность личности человека; уважающий собственную и чужую уникальность в различных ситуациях, во всех формах и видах деятельности

ЛР11 Проявляющий уважение к эстетическим ценностям, обладающий основами эстетической культуры

ЛР 13 Способный при взаимодействии с другими людьми достигать поставленных целей, стремящийся к формированию в строительной отрасли

и системе жилищно-коммунального хозяйства личностного роста как профессионала.

ЛР.16: Выработавший умения и навыки трудовой деятельности, проявляющий основы трудовой культуры.

ЛР.18. Поддерживающий и проявляющий принципы гуманности и милосердия.

ЛР.19. Соблюдающий и поддерживающий профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации.

ЛР.20. Освоивший психологию профессионального общения.

ЛР.22. Выработавший принципы экологически целесообразного поведения, бережного отношения к своей жизни, жизни других людей, природы, планеты в целом.

ЛР.26. Умеющий рационально организовывать физическую и интеллектуальную деятельность, оптимально сочетать труд и отдых, различные виды активности в целях укрепления физического, духовного и социально-психологического здоровья.

ЛР.30. Осознающий социальную значимость труда, стремящийся добросовестно и ответственно работать, бережно относиться к результатам труда

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
ПЗ.1 Психология как наука. Предмет и задачи изучения (проводится в форме интерактивного занятия - Ситуационные задачи)	6
ПрП.2. Психология личности. Индивидуально- психологические характеристики. Часть 1 (проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)	9
ПрП.3. Психология личности. Индивидуально- психологические характеристики. Часть 2 (проводится в форме интерактивного занятия –Ситуационные задачи)	9
ПЗ.4. Санитарно-гигиеническое просвещение населения	12
ПЗ.5. Профилактика неинфекционных заболеваний. Часть 1	13
ПЗ.6. Профилактика неинфекционных заболеваний. Часть 2	13
ПЗ.7. Профилактика инфекционных заболеваний. Часть 1	17
ПЗ.8. Профилактика инфекционных заболеваний. Часть 2	17
ПЗ.9. Профилактическая медицина. Часть 1	18
ПЗ.10. Профилактическая медицина. Часть 2	18
ПЗ.11. Паллиативная и поддерживающая терапия онкологических пациентов. Часть 1	20
ПрП.12. Паллиативная и поддерживающая терапия онкологических пациентов. Часть 2	20
ПрП.13 Психология оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях и чрезвычайных ситуаций. Часть 1 (проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)	21
ПрП.14 Психология оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях и чрезвычайных ситуаций. Часть 2 (проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)	21
ПрП.15. Психология паллиативной помощи	22
ПрП.16 Психология оказания медицинской помощи. Часть 1	25
ПрП.17 Психология оказания медицинской помощи. Часть 2	35
ПрП.18. Психосоматические заболевания	26
ПрП.19. Психология личности больного. Часть 1	29

ПрП.20. Психология личности больного. Часть 2	29
ПрП.21. Психология конфликта. Часть 1 (проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)	35
ПрП.22. Психология конфликта. Часть 2 (проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)	35
ПрП.23. Профессиональное общение медицинской сестры. Часть 1	39
ПрП.24. Профессиональное общение медицинской сестры. Часть 2	39
ПрП.25. Психология общения	42
ПрП.26. Психология профессиональной деятельности	45
ПрП.27. Эмоционально-волевая сфера (проводится в форме интерактивного занятия - Ситуационные задачи)	47
ПрП.28. Познавательные процессы: ощущение, восприятие, память. Часть 1 (проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)	50
ПрП.29. Познавательные процессы: ощущение, восприятие, память. Часть 2 (проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)	50
ПрП.30 Познавательные процессы: внимание, мышление, воображение. Часть 1 (проводится в форме интерактивного занятия - Ситуационные задачи)	56
ПрП.31 Познавательные процессы: внимание, мышление, воображение. Часть 2 (проводится в форме интерактивного занятия - Ситуационные задачи)	56
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	64

Практическое занятие № 1

Психология как наука. Предмет и задачи изучения

(проводится в форме интерактивного занятия - Ситуационные задачи)

Теоретическая часть

Термин «психология» в переводе с древнегреческого буквально означает «наука о душе» (psyche – «душа», logos – «понятие», «учение»). Такое определение было дано более двух тысяч лет назад. Наличием души пытались объяснить все непонятные явления в жизни человека.

Психология это наука о закономерностях развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности. Объектом психологии – является человек. Предметом психологии является изучение психических процессов, психических свойств, психических состояний человека.

В соответствии с предметом психологии основной задачей психологии как науки является изучение объективных закономерностей функционирования психических явлений и процессов как отражения объективной действительности. При этом психология ставит перед собой и другие задачи:

- 1) изучение качественных (структурных) особенностей психических явлений и процессов;
- 2) анализ формирования и развития психических явлений;
- 3) изучение физиологических механизмов психических явлений;
- 4) содействие планомерному внедрению научных знаний психологии в практику.

Современная психология связана с различными областями науки и практики. И в тех областях, где задействован человек, всегда есть место психологической науке.

Результатом взаимодействия психологии с другими научными дисциплинами является появление различных отраслей психологии. Они представляют собой относительно самостоятельно развивающиеся направления научных психологических исследований. Можно выделить следующие основные отрасли психологии: общая психология, возрастная психология, социальная психология, инженерная психология, педагогическая психология, психология труда, юридическая психология, медицинская психология, патопсихология

Существуют также следующие отрасли: психология спорта, психология искусства, военная психология, инженерная психология, психология общения, дифференциальная психология и т.д.

Таким образом, психология – это наука о психике и психических явлениях. Уникальность этой науки обусловлена как предметом научного познания, так и методами, которые позволяют не только описывать изучаемые явления, но и объяснять их, открывать лежащие в их основе закономерности и предсказывать их дальнейшее развитие. (С методами мы познакомимся в следующем разделе). Следует отметить, то, что вы познакомитесь с основами научной психологии, еще не значит, что вы сразу станете знатоками человеческих душ. Но постоянный анализ возникших жизненных ситуаций, с привлечением научных психологических знаний поможет вам лучше разбираться в людях, понимать их, эффективно общаться и взаимодействовать с окружающими, а также лучше понимать свой внутренний психологический мир.

Вопросы к практическому занятию

1. Понятие психологии. Предмет, объект, основные задачи психологии.
2. Отличие научных психологических знаний и житейских.
3. Основные исторические этапы развития психологии.
4. Связь психологии с другими науками. Основные отрасли психологии.

Задания к практическому занятию

Решите ситуационные задачи

1. Люди еще в глубокой древности интересовались той стороной жизни, которая известна как жизнь психическая, но объясняли ее наивно. В частности, в первобытном обществе было представление о наличии души не только у человека, но и у животных, растений, предметов, причем душа представлялась существующей независимо от «тела» (анимизм, анимистические взгляды на психику: душа и тело существуют параллельно и независимо друг от друга). Почему тогда были возможны эти взгляды, на каких наблюдениях они основывались? Почему они до сих пор живы в виде обязательных элементов некоторых современных религиозных верований?

2. Представители натурфилософии VII-V вв. до н. э. (Фалес, Анаксимен, Гераклит), преодолев анимизм, создали принципиально новое учение – гилозоизм: душа есть у всей материи (т.е. душа уже представлялась не независимым двойником материи, а ее неотъемлемой частью – «одушевленная материя»). Гилозоизм натурфилософов не устраивал следующих за ними атомистов (философов-материалистов V- I вв. до н.э. Демокрита, Эпикура, Лукреция). Они развивая дальше идеи натурфилософов,

дали толкование души как органа, «оживотворяющего тело». Орган этот руководит духом (или, иначе, разумом). Дух и душа – органы тела и образуются из мелких шаровидных, наиболее подвижных атомов. В чем заключается шаг вперед в прогрессивном развитии психологических воззрений в учении атомистов?

3. В объяснении психического атомисты достигли первых крупных успехов – показали зависимость психического от физического, подчиненность ее законам анатомо-физиологических процессов (материализм). Противоречивость их учения – в невозможности объяснить с этих позиций многое в психике (например, абстрактное мышление, нравственные качества личности, волевое поведение, выбор цели и т.д.). Объясните, почему на смену взглядам атомистов пришел идеализм (Платон, 428-348 гг. до н.э.). Докажите, что приход идеализма был предопределен предыдущим этапом развития психологических представлений?

Практическая подготовка № 2, 3

Психология личности. Индивидуально-психологические характеристики. Часть 1, 2

(проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)

Теоретическая часть

Психология, как и любая другая наука, имеет свои методы.

Методы научных исследований – это приемы и средства, с помощью которых получают сведения, необходимые для вынесения практических рекомендаций и построения научных теорий. Развитие любой науки зависит от того, насколько используемые ею методы совершенны, насколько они надежны и валидны. Все это справедливо и по отношению к психологии.

Методы психологии могут быть разделены на две основные группы: субъективные и объективные (рис. 1).



Рис. 1 – Основные методы психологических исследований

Наблюдение предполагает целенаправленное и осознанное отслеживание изменений в каких-либо процессах или событиях при условии невмешательства в них наблюдающего.

Опрос представляет собой метод, основанный на получении необходимой информации от самих обследуемых путем вопросов и ответов.

Тесты – краткое, стандартизированное, обычно ограниченное во времени испытание.

Эксперимент предполагает специальную организацию ситуации исследования и активное вмешательство в нее исследователя, планомерно манипулирующего одной или несколькими переменными (фактами) и регистрирующего сопутствующие изменения в «поведении» изучаемого объекта.

Под **моделированием** понимается процесс изучения какого-либо явления с помощью модели. **Моделью** называется некоторый искусственный объект, находящийся в каком-либо соответствии с изучаемым объектом или явлением (оригиналом), подобным ему.

Помимо указанных методов, существуют и другие методики изучения психических явлений.

Метод социометрии - это диагностика межличностных и межгрупповых отношений.

Метод изучения продуктов деятельности позволяет собрать факты, опираясь на анализ материализованных продуктов психической деятельности.

Метод анализа документов является разновидностью анализа продуктов человеческой деятельности.

Библиографический метод предполагает психологический анализ жизненного пути, биографии человека.

Следует иметь в виду, что наиболее эффективное изучение психических явлений осуществляется при комплексном применении различных методов.

Вопросы к практическому занятию

1. Психология как наука. Проблема предмета психологии; особенности его изучения.

2. Ненаучные (житейские) пути, формы и методы познания человека, их особенности: астрология, хиромантия, толкование снов (сонник), гадание, приметы, суеверия и др.

3. Научные методы исследования в психологии, их характеристика, классификация и требования к применению. Неэкспериментальные методы: наблюдение, анкетирование, беседа. Экспериментальные методы: естественный эксперимент, моделирующий эксперимент, лабораторный эксперимент. Диагностические методы: количественные диагностические методы (тесты, опросники, шкалы), качественные диагностические методы (совещание, консилиум).

4. Физиологические методы в психологии: электроэнцефалограмма, электромиограмма, кожно-гальваническая диагностика, электрокардиограмма, электроокуллограмма, пневмограмма.

5. Методы социологического исследования в психологии: методы сбора информации (массовое анкетирование, интервью, экспертные опросы, наблюдение).

6. Методы осуществления поиска информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

Задания к практическому занятию (ситуационные задачи)

1. Составьте план проведения диагностической беседы (4-5 вопросов) с детьми среднего дошкольного возраста с целью изучения их отношения театрализованной деятельности (на примере инсценировки сказки «Теремок»). Оформите план в виде таблицы (Таблица 3).

Таблица 3.

№ вопроса	План беседы (вопросы)
1.	

2. Проанализируйте ситуацию, ответьте на предложенные к ней вопросы.

Ситуация. Экспериментатору необходимо было выяснить объем памяти детей 5 лет. Он предложил детям для запоминания следующие слова: КАРАНДАШ, КУКЛА, КОНФЕТА и др. Дети сумели воспроизвести лишь небольшое количество слов. В другой раз экспериментатор пришел в группу детского сада и, поздравившись с детьми, предложил: «Давайте поиграем в магазин». Дети дружно согласились. «Я буду продавцом, - сказал он, - а вы будете покупателями. Вот мои товары: КАРАНДАШ, КУКЛА, КОНФЕТА (назвал те же слова, какие произносил при первой встрече). Кто назовет больше слов, тому и достанется покупка». На этот раз дети назвали больше слов.

Практическая подготовка № 4

Санитарно-гигиеническое просвещение населения

Теоретическая часть

Гигиеническое воспитание (санитарное просвещение) - совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни.

В основу гигиенического обучения и воспитания положена концепция формирования здорового образа жизни, сформулированы основные задачи:

- снижение распространенности курения;
- улучшение качества питания;
- увеличение физической активности;
- смягчение влияния повреждающих психосоциальных факторов и повышение качества жизни;
- соблюдение населением мер личной и общественной гигиены;
- снижение потребления алкоголя;
- профилактика употребления наркотиков;
- пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение.

Профилактические мероприятия бывают первичные и вторичные. Первичные - когда меры профилактики направлены на непосредственную причину заболевания или повреждения у здоровых людей.

При проведении первичной профилактики первостепенное значение приобретает концепция образа жизни, которая и определяет пути предупреждения хронических неинфекционных заболеваний (сердечнососудистых, эндокринных, нервно-психических и т.д.), генез которых во многом связан с курением, злоупотреблением алкоголя, гиподинамией, нерациональным питанием, психоэмоциональными стрессами.

Вторичные профилактические мероприятия проводятся в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего у пациента заболевания или повреждения.

Вторичная профилактика – это в основном целевое санитарно-гигиеническое воспитание в том числе индивидуальное или групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний. К

вторичной профилактике относятся курсы профилактического лечения и целевого оздоровления (ЛФК, массаж, сан-кур лечение и т.д.).

И первичные и вторичные меры профилактики направлены на формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.

Вопросы к практической подготовке

1. Перечислите основные принципы организации гигиенического обучения и воспитания
2. Перечислите основные виды медицинских профилактических услуг
3. Перечислите варианты воздействия окружающей среды на организм человека
4. Дайте характеристику основных видов профилактики

Задания к практической подготовке

1. В тетради подготовьте таблицы:
 - Определение индекса массы тела;
 - Какова формула Брока.

Практическое занятие 5, 6.

Профилактика неинфекционных заболеваний. Часть 1, 2

Теоретическая часть

Профилактика означает предупреждение возникновения и развития заболеваний. Виды:

Первичная профилактика призвана предупредить возникновение заболеваний,

Вторичная - предупредить прогрессирование имеющегося заболевания. Мерами первичной и вторичной профилактики являются медицинские, гигиенические, социальные, социально-экономические и др.

Выделяют также профилактику индивидуальную (личную) и общественную, т.е. действия индивидуума и общества для профилактики заболевания.

Средствами медицинской профилактики являются: пропаганда здорового образа жизни, организация и проведение профилактических прививок; периодические и целевые медицинские осмотры; диспансеризация; гигиеническое воспитание и т.д.

Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Переход от здоровья к болезни не является внезапным. Между этими состояниями имеется ряд переходных стадий (здоровье, предболезнь и болезнь).

Предболезнь - это латентный, скрытый период болезни или стадия функциональной готовности организма к развитию определенного заболевания.

Признаки (индикаторы) предболезни: общее недомогание, снижение аппетита, переедание, изжога, запор/понос, отрыжка, тошнота, нарушение менструального цикла, утрата сексуального желания, спазмы, головные боли, неприятные ощущения в области сердца, мышечные судороги, обмороки, повышенная потливость, нервный тик, подергивания, слезливость без видимой причины, боль в спине, ощущение общей слабости, головокружения, тревожность, беспокойство, постоянное чувство усталости, бессонница, сонливость, хроническая раздражительность и др.

При истощении адаптационных резервов здоровья наступает переход от количественных накоплений к качественному изменению, которое называется болезнью.

Адаптация - это динамический процесс, благодаря которому живые организмы, несмотря на изменчивость условий, поддерживают устойчивость,

необходимую для существования, развития и продолжения рода. Именно механизм адаптации, выработанный в результате длительной эволюции, обеспечивает возможность существования организма в постоянно меняющихся условиях среды.

Причинами болезни могут быть различные факторы окружающей среды, которые принято классифицировать в зависимости от их природы.

1. Физические факторы:

- а) действие механических сил (растяжение, разрыв, сдавление, удар);
- б) действие звуков и шума;
- в) изменения барометрического давления;
- г) влияние низкой или высокой температуры;
- д) лучи солнечного спектра и излучения лазеров;
- е) электрический ток;
- ж) ионизирующие излучения;
- з) факторы космического полета (ускорения и вызываемые ими перегрузки, невесомость, гипокинезия).

2. Химические факторы.

- а) алкоголь и курение;
- б) неадекватное применение лекарственных препаратов;
- в) тяжелые металлы и их соли;
- г) дефицит или избыточное поступление в организм витаминов, микроэлементов, белков, углеводов или жиров;
- д) пестициды (акарициды, инсектициды, гербициды)
- е) производственные пыли;
- ж) кислоты и щелочи;
- з) ароматические углеводороды.

3. Биологические факторы:

- а) микроорганизмы (бактерии, вирусы, риккетсии, хламидии, микоплазмы, грибы) и продукты их жизнедеятельности;
- б) гельминты и паразитические простейшие;
- в) членистоногие (пауки, скорпионы, клещи) и насекомые;
- г) биологические препараты – антитоксические сыворотки, вакцины, кровь для переливания и ее компоненты.

4. Социальные факторы. Обычно они играют роль условий, способствующих или тормозящих действие разных причин. К их числу относятся:

- а) общественный строй, так как от него зависит характер заботы о населении, медицинское обеспечение, санитарно-гигиенические мероприятия;

- б) содержание информации;
- в) ятрогения – психосоматические нарушения, вызванные действиями, словами врача неумышленно, по неосторожности или небрежности.

Однако иногда установить причину болезни трудно (некоторые опухоли, психические болезни). Доказано, например, что язва желудка развивается на фоне, как нерациональной диеты, так и нарушений функций вегетативной нервной системы, эндокринных расстройств.

Эти и многие другие наблюдения послужили поводом для представлений о полиэтиологичности болезней. Факторы риска различают: модифицируемые, те, влияние которых можно устранить: табакокурение, злоупотребление алкоголем, стрессовые ситуации (дистресс), несбалансированное питание, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела, низкий культурный и образовательный уровень; немодифицируемые, т.е, влияние которых нельзя устранить: возраст, пол, генетическая предрасположенность.

Для профилактической медицины большой интерес представляют модифицируемые факторы риска. Их можно разделить на факторы, связанные с образом жизни и факторы окружающей средой, которые, взаимодействуя с генетическими, ведут к появлению биологических факторов риска, через которые и происходит их реализация в заболевание.

Вопросы к практическому занятию

1. Что такое профилактика и ее виды
2. Средства профилактики
3. Болезнь и здоровье
4. Предболезнь. Ее признаки
5. Уровни здоровья
6. Адаптация и ее уровни
7. Факторы заболевания
8. Факторы риска
9. Группы здоровья
10. Физическое развитие и его факторы

Задания к практическому занятию

1. Решите тест:

Тест «Профилактика неинфекционных заболеваний»

1. Амбулаторная карта больных – форма:
А. 025/У

Б. 031/У

2. В летний период больше вызовов врача на дом из-за:

А. Острых заболеваний

Б. Хронических заболеваний

3. Дневной стационар:

А. Для больных, не требующих постоянного наблюдения

Б. Оказание помощи на дому.

4. Причина болезни:

А. Эндогенные

Б. Психогенные

В. Социально-экономические

5. В оценку функционального состояния входит:

А. УЗИ органов ЖКТ

Б. Взвешивание

6. Профилактика – это _____

7. Средствами медицинской профилактики являются:

А. диспансеризация;

Б. гигиеническое воспитание

В. профилактика ВИЧ-инфекции

8. Предболезнь – это _____

9. Признаки предболезни:

А. тошнота,

Б. боль в животе

В. снижение гемоглобина

10. Химические факторы развития заболеваний:

А. тяжелые металлы и их соли

Б. электрический ток

11. Немодифицируемые факторы риска:

А. Ожирение

Б. Возраст

В. Курение

12. Задачи гигиенического обучения:

- А. улучшение качества питания;
- Б. увеличение физической активности;
- В. обучение навыкам оказания первой помощи

13. Экзогенные факторы физического развития:

- А. рельеф местности
- Б. условия труда,
- В. Наследственность

14. Группы риска по здоровью по признакам функционального состояния:

- А. Беременные
- Б. Старики
- В. Лица без определенного места жительства

15. Группы риска – это _____

Практическое занятие 7, 8

Профилактика инфекционных заболеваний. Часть 1, 2

Теоретическая часть

Инфекции вызывают определенные микроорганизмы (патогены) - вирусы, бактерии, грибы, паразиты. Проникая в организм, они размножаются в благоприятной для них среде и могут провоцировать нарушение работы как отдельных органов и систем, так и всего организма в целом.

Механизм развития инфекции зависит от патогенности возбудителя, совокупности факторов защиты организма человека и факторов окружающей среды.

Различают генерализованную инфекцию (возбудитель распространяется лимфогематогенным путем), локальную инфекцию с возможным переходом в общую (местная воспалительная реакция, развивающаяся из-за повреждения тканей и проникновения патогена); общую инфекцию (проникновение возбудителя в кровь и распространение по всему организму); латентную инфекцию (заболевание протекает без симптомов, характеризуется длительным сохранением возбудителя в организме) и другие.

Инфекции являются основной причиной болезней и смерти во всем мире. Особенно к ним уязвимы дети младшего возраста, пожилые люди, пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, пациенты, которые проходят лечение от онкологического заболевания или принимают иммуносупрессивные препараты, пациенты с иммунодефицитом.

Инфекции передаются:

воздушно-капельным путем (аэрогенный механизм);

от человека к человеку при прямом контакте, через предметы быта и обстановки (контактный механизм);

при контакте с кровью зараженного человека (гемоконтактный механизм);

через переносчиков возбудителя - комаров, клещей (трансмиссивный механизм);

через пищу и воду, загрязненные испражнениями или рвотными массами, содержащими возбудитель (фекально-оральный механизм);

от матери к плоду во время беременности или во время прохождения плода через родовые пути (вертикальный механизм);

при половом контакте.

Первая (после профилактических прививок) линия защиты против различных инфекций - соблюдение правил гигиены.

Вопросы к практическому занятию

1. Что такое инфекция
2. Назовите типы инфекций
3. Пути передачи инфекций

Задания к практическому занятию

1. Выполните конспект «Правила гигиены»

Практическое занятие № 9, 10

Профилактическая медицина. Часть 1, 2

Теоретическая часть

Профилактика - в медицине, комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, недопущение и устранение факторов риска их развития.

Профилактическая медицина является одним из основных направлений медицины и включает в себя мероприятия государственного, социально-экономического, гигиенического и лечебно-медицинского характера с целью обеспечить высокое состояние здоровья и предупредить возникновение болезней. Подразумевает под собой не только проведение медицинских манипуляций, но и мероприятия законодательного, организационного, экологического, архитектурно-планировочного, санитарно-технического, просветительского по медицинским вопросам населения характера. Основывается на научном статистическом причинно-следственном анализе связи факторов и рисков с заболеваниями.

Профилактические мероприятия - важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Используемые профилактические мероприятия стремятся продлить полноценную здоровую жизнь человека, с помощью определения изменений в организме отдельного взятого человека, которые могут привести в дальнейшем к заболеваниям и принять адресные меры, направленные на предотвращение болезней. Подобный индивидуализированный подход к профилактике заболеваний рассматривается превентивной медициной.

Термин «профилактическая медицина» не следует путать с термином «медицинская профилактика», подразумевающую мероприятия, проводимые только органами здравоохранения, в частности посредством Центров медицинской профилактики.

Вопросы и задания к практическому занятию

1. История развития профилактической медицины
2. Каковы основные направления профилактики
3. Назовите виды профилактики
4. Что такое превентивная медицина. Дайте характеристику
5. Что такое «медицинская профилактика»?
6. Какими вопросами занимается МП?

7. Перечислите виды МП.
8. Перечислите этапы МП.
9. Что включает в себя первичная профилактика?
10. Какие мероприятия входят в понятие вторичной профилактики.
11. Какие задачи выполняет третичная профилактика?
12. Что такое «реабилитация»?
13. Кто является «объектом» профилактики?
14. Виды профилактических осмотров.

Практическое занятие № 11, 12

Паллиативная и поддерживающая терапия онкологических пациентов.

Часть 1, 2

Теоретическая часть

Понятие «паллиативная» (медицина/помощь) происходит от латинского «pallium» и означает «покрывало, покров, покрытие». Иными словами, это защита и всесторонняя опека больного. Слово «хоспис» имеет значение «дом для странника». Оно пришло в английский язык из старофранцузского слова «hospitium» («гостеприимство»). Этим термином с VI века н. э. обозначали места отдыха пилигримов.

Паллиативная помощь - активная и всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются, купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем.

Цель паллиативной помощи - достижение насколько возможно наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Паллиативная медицина - особый вид медицинской помощи пациентам с активными проявлениями прогрессирующих заболеваний в терминальных стадиях развития с неблагоприятным прогнозом для жизни, целью которой является обеспечение качества жизни. Это составляющая часть паллиативной помощи, в которую не входят аспекты социально-психологической и духовной помощи.

Терминальный уход - раздел паллиативной помощи, которая обычно оказывается больным в течение последних часов или дней их жизни.

Аспекты паллиативной помощи:

- медицинские аспекты по снятию болевого синдрома, уходу за открытыми очагами, правилам асептики, питания и личной гигиены пациента.
- психологические аспекты, связанные с уменьшением уровня стресса и страха, вызванного прогрессирующим заболеванием, и снижающего качество жизни пациента и его близких.
- социальные аспекты, связанные с решением ряда социально-бытовых вопросов и проблем, обеспечения необходимой социальной поддержки для больного, его семьи и ухаживающих лиц.
- духовные и культурные аспекты, связанные с удовлетворением религиозных и культурных потребностей больного и членов его семьи на основе признания и уважения этно-культурных различий и особенностей.

Паллиативная помощь:

- утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному

процессу;

- обеспечивает облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания;
- включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам;
- предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти;
- предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты.

На сегодняшний день паллиативную помощь признают и ценят не только пациенты и их семьи, но и самые авторитетные организации по всему миру.

Вопросы к практическому занятию

1. Что такое паллиативная помощь
2. Какова ее цель
3. Каковы аспекты паллиативной помощи
4. Дайте характеристику терминальному уходу
5. Перечислите особенности паллиативной помощи.
6. Каковы особенности психологической помощи в рамках паллиативной помощи

Задания к практическому занятию

Занятие №1.

Организация паллиативной помощи в РФ. Нормативные документы. Организация паллиативной помощи пациентам с различными формами злокачественных новообразований.

1. Паллиативная помощь – это

2. Цели и задачи паллиативной помощи

3. Оказание паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией регулируется соответствующим положением

4. приказ № 1343н называется

5. В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено

6. Хоспис - это

7. Выездная (патронажная) служба оказывает помощь

8. Больные попадают в хоспис по направлению лечащего врача онкодиспансера или районного онколога по месту жительства на основании:

а) _____

б) _____

в) _____

9. Основные положения концепции хосписов

10. Принципы ВОЗ по лечению боли

11. Кому нужна паллиативная помощь

12. Что входит в обязанности сестры милосердия

Практическая подготовка № 13, 14
Психология оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях
и чрезвычайных ситуаций. Часть 1, 2

Теоретическая часть

Задачами специалистов психологической службы при оказании экстренной психологической помощи в режиме чрезвычайной ситуации являются:

- создание психологической обстановки, обеспечивающей оптимальные условия для проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ;
- снижение интенсивности острых реакций на стресс у пострадавших, а также у родственников и близких погибших и пострадавших в результате ЧС, оптимизация их актуального психического состояния;
- снижение риска возникновения массовых негативных реакций в части касающейся;
- профилактика возникновения у пострадавших, а также у родственников и близких погибших и пострадавших в результате ЧС отдаленных психических последствий в результате воздействия травмирующего события.

В целях реализации поставленных задач специалистами психологической службы обеспечивается:

- экстренная психологическая помощь пострадавшим, а также родственникам и близким погибших и пострадавших в результате ЧС при наличии у них острых реакций на стресс;
- психологическое консультирование пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в результате чрезвычайной ситуации;
- информационно-психологическое сопровождение пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в результате ЧС; организация взаимодействия со службами, осуществляющими работы по ликвидации последствий чрезвычайной ситуации и оказанию помощи пострадавшим, а также родственникам и близким погибших и пострадавших в результате ЧС, в том числе, информирование специалистов этих служб о специфике психического состояния указанных лиц и ее учете при проведении необходимых мероприятий с участием пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в результате ЧС; способствование обеспечению минимальных условий жизнедеятельности

пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС;

- сопровождение массовых мероприятий в целях снижения риска возникновения массовых негативных реакций;
- психологическое сопровождение специалистов принимающих участие в ликвидации ЧС.

Принципы оказания экстренной психологической помощи. В специализированной литературе определяют основные принципы оказания экстренной психологической помощи. Однако эти принципы в ситуации экстремальной приобретают некоторое своеобразие в соответствии с особенностями условий оказания помощи.

- Принцип защиты интересов клиента. Особенность применения этого принципа в экстремальных условиях состоит в том, что в отличие от обычных условий деятельности с клиентом чаще всего не заключается психотерапевтический договор (как это бывает при консультационной или психокоррекционной работе), то есть не проговариваются границы работы с проблемой. Это происходит потому, что помощь, как правило, направлена на актуальное состояние клиента. Однако, несмотря на это, защита интересов клиента является ведущим принципом работы специалиста-психолога.

- Принцип «не навреди». Своеобразие условий оказания помощи делает возможным вывести несколько следствий из этого принципа. Первое следствие: краткосрочность оказания помощи, то есть помощь должна быть направлена на коррекцию актуального состояния, вызванного данной ситуацией, одновременно обеспечивая экологичность проводимых мероприятий для будущей жизни клиента. Принципиально неверно проводить психологическую работу с давними, застарелыми проблемами клиента, так как такая работа должна быть пролонгированной.

- Принцип добровольности. В обычных условиях специалист часто занимает пассивную позицию (ждет, пока клиент обратится за помощью). Этот принцип в условиях экстренной психологической помощи трансформируется в особое поведение - специалист-психолог активно и ненавязчиво предлагает свою помощь пострадавшим. Такая позиция позволяет, с одной стороны, обеспечить необходимую помощь людям, которые находятся в особом состоянии и зачастую не могут адекватно оценить потребность в помощи, с другой стороны – не нарушает личных границ человека.

- Принцип конфиденциальности. При оказании экстренной психологической помощи принцип этот сохраняет свою актуальность, однако конфиденциальность может быть нарушена в случае получения психологом

информации о том, что действия клиента могут быть опасны для самого клиента или для окружающих (такая ситуация может сложиться в том случае, если психолог, например, узнает о готовящейся попытке самоубийства).

- Принцип профессиональной мотивации. Этот принцип принят для любого вида психологической помощи. В экстремальной ситуации соблюдение его становится особенно важным, так как существует большая вероятность того, что, помимо профессиональной мотивации, у специалиста могут присутствовать другие, иногда более сильные мотивы (мотив самоутверждения, мотив получения социального признания и т.д.).

- Принцип профессиональной компетентности предполагает, что специалист, оказывающий помощь, должен быть достаточно квалифицирован, иметь соответствующее образование и специальную подготовку для работы в чрезвычайных ситуациях. В обычных условиях деятельности психолог при необходимости рекомендует обратиться к другому специалисту, но в чрезвычайных условиях найти другого специалиста часто невозможно. Поэтому в профессиональные обязанности психолога должны входить, в том числе, и такие аспекты, как подготовка до момента выезда на ЧС, умение быстро восстановить высокий уровень работоспособности, используя профессиональные навыки

Вопросы к практической подготовке

1. Назовите действующие нормативно-правовые основы оказания помощи при неотложных экстремальных состояниях медицинской сестрой/медицинским братом.
2. Укажите нормативно-правовые и морально-этические аспекты оказания реаниматологической помощи.
3. Назовите психотравмирующие факторы чрезвычайных ситуаций.
4. В чем заключается медико-психологическая защита спасателей в ЧС
5. Укажите, какие мероприятия необходимо проводить для повышения психофизиологической устойчивости
6. Какова структура оказания медико-психологической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях

Задания к практической подготовке

Подготовьте и запишите каковы Ваши действия при следующих ситуациях?

№ 1. БРЕД И ГАЛЛЮЦИАЦИИ.

Признаки бреда: ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Признаки галлюцинаций: пострадавший воспринимает объекты, которые в данный момент на воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит несуществующих людей, чувствует запахи и проч., которых нет на самом деле).

№ 2. ПОПЫТКА САМОУБИЙСТВА.

Признаки: Человек может совершать конкретные действия, направленные на лишение себя жизни, (пить таблетки, пытаться выброситься из окна) или говорить о своих намерениях («я устал так жить»).

Перед совершением попытки самоубийства человек может быть подавленным, либо, наоборот, чрезмерно возбужденным.

№ 3. АПАТИЯ.

Признаки:

1. безразличное отношение к окружающему
2. вялость, заторможенность
3. речь медленная, с большими паузами.

№ 4. СТУПОР.

Признаки:

Резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи.

1.Отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки)

2.«Застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности

3.Возможно напряжение отдельных групп мышц.

№ 5. ДВИГАТЕЛЬНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ.

Признаки:

1.Резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия

2.Ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленно)

3.Часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы)

Помните! Пострадавший может причинить вред себе и другим!

№ 6. АГРЕССИЯ.

Признаки:

1. Раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу).
 2. Нанесение окружающим ударов руками, либо какими-либо предметами.
 3. Словесное оскорбление, брань.
 4. Мышечное напряжение
- Повышение кровяного давления.

№ 7. НЕРВНАЯ ДРОЖЬ.

Признаки:

1. Дрожь начинается внезапно - сразу после инцидента или спустя какое-то время
 2. Возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету).
- Реакция продолжается достаточно долгое время (до нескольких часов).
Потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

№ 8. ПЛАЧ.

Признаки:

1. Человек уже плачет или готов разрыдаться.
 2. Подрагивают губы
 3. Наблюдается ощущение подавленности
- В отличие от истерики нет возбуждения в поведении.

№ 9. ИСТЕРИКА.

Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Признаки:

1. Сохраняется сознание
 2. Чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы
 3. Речь эмоционально насыщенная, быстрая
- Крики, рыдания.

№ 10. СТРАХ.

Признаки:

1. Напряжение мышц (особенно лицевых)
 2. Сильное сердцебиение
 3. Учащенное поверхностное дыхание
- Сниженный контроль собственного поведения.

Практическая подготовка № 15

Психология паллиативной помощи

Теоретическая часть

Паллиативная помощь – это особый вид медицинской помощи пациентам с активными проявлениями прогрессирующих заболеваний в терминальных стадиях с неблагоприятным прогнозом для жизни, активная и всесторонняя помощь пациентам, задачами которой являются, купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем.

Целью паллиативной помощи является достижение, насколько возможно, наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача. Современная паллиативная медицина требует наличия высококвалифицированных врачебных и медсестринских кадров, обладающих знаниями в области клинической медицины, фармакологии, онкологии и психотерапии, а также владеющих навыками межличностного общения.

Психологическая помощь, как составляющая часть Паллиативной медицины – это психологическая и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким тяжело больного, при уходе за ним и в горе утраты.

Отношение к пациенту, нуждающемуся в паллиативной помощи, должно содержать заботу, ответственный подход к каждому пациенту как личности, а не как к «клиническому случаю». Важно уважение этнических, расовых, религиозных предпочтений, учет культурных особенностей и право выбора места пребывания, выражение сочувствия и сострадания, внимания ко всем нуждам больного, помощь в решении любых проблем, встающих перед больным.

Лечение и забота складываются из свободного общения, хорошего ухода, всесторонней медицинской помощи, предотвращение кризисов, оценки состояния и оказания психологической поддержки, близких пациента.

Общим для всех пациентов на поздних стадиях неизлечимых болезней является наличие психо-эмоционального стресса, значительно ухудшающего качество жизни.

Основными факторами могут быть: прогрессирование болезни, продолжительность болезни; настоящая или ожидаемая немощность; психическое истощение.

Патологические симптомы – не купируемая боль.

Социальные факторы: боязнь потери работы, социального положения, роли в семье; чувство изоляции (реальное и воображаемое); незаконченные дела (личные, общественные, финансовые); финансовые затруднения; переживания за членов семьи; слабая социальная защищенность, изоляция, безденежье; низкое социальное положение.

Духовные факторы: религиозные проблемы; духовные проблемы (раскаяние, чувство вины, невыполненные обещания, бессмысленность существования);

отсутствие религиозной веры, альтернативной системы ценностей.

Проводимое лечение: задержка с диагностикой, неудачные попытки лечения;

побочные эффекты лечения.

Медицинский персонал: плохое взаимодействие; отсутствие преемственности на различных этапах лечения; игнорирование близких и ухаживающих лиц.

Лечение психо-эмоционального стресса

1. Устранение причинных факторов, если это возможно.

2. Общие меры: - заботливый, тактичный подход; доброе общение, внимательное выслушивание; уверения в постоянности ухода; уважение личности и индивидуальности.

3. Психологическая помощь по специальной программе: общая поддержка и консультирование; группы поддержки; релакционная терапия; медитация;

отвлекающие мероприятия; социализация.

4. Психотерапевтические методы лечения: обучение навыкам снятия стресса;

обучение методам компенсации; когнитивная терапия; анксиолитики, антидепрессанты по необходимости; поддерживающая психотерапия.

5. Поддержка для семьи и ухаживающих лиц.

Эффективное лечение психо-эмоционального стресса у пациентов на поздних стадиях тяжелого заболевания может значительно повысить качество их жизни.

Вопросы к практической подготовке

1. Понятие паллиативной помощи
2. Какова роль психологической помощи при терапии
3. Каковы основные факторы психо-эмоционального стресса.
4. Какие меры необходимо применять для лечения психо-эмоционального стресса.

5. Дайте письменную характеристику каждому из понятий:

- ✓ группы поддержки
- ✓ релакционная терапия
- ✓ медитация
- ✓ социализация
- ✓ методы компенсации
- ✓ когнитивная терапия
- ✓ анксиолитики
- ✓ поддерживающая психотерапия

Задания к практической подготовке

1. В каком объеме должна быть дана информация пациенту?
2. Как оказывать поддержку, когда надежды на выздоровление нет?
3. Помощь в выражении тяжелых чувств: как помочь справиться с отчаянием?
5. Обеспечение комфорта на терминальной стадии болезни.
6. Психогигиена медицинского работника.

Практическая подготовка № 16, 17

Психология оказания медицинской помощи. Часть 1, 2

Теоретическая часть

Медицинская и психологическая помощь имеют разные стандарты. В рамках медицинских стандартов помощь оказывается больному, пациенту, по назначению врача. Обязанность пациента посетить врача, пройти обследование и выполнить назначенные ему процедуры. Если пациент выполнял назначенные процедуры, ответственность за результаты лечения несет врач.

Строго в рамках стандартов медицинской помощи работает клиническая психотерапия. Как медицинская специальность, она работает в рамках понятий "пациент", "диагностика", "клиника", "нозологизация", "механизмы патологии", "лечение", "эффективность", "прогноз", далее "история болезни", "юридическая ответственность за больного" и т.п.

Стандарты психологической помощи - другие, более демократичные и менее директивные. Обязательных направлений и предписаний здесь нет, как нет и отношений "врач - больной". Здесь есть "клиент", свободный человек, который может обратиться к психотерапевту с запросом о помощи, с запросом о патронаже, и прекратить общение с психотерапевтом, когда также сочтет нужным.

Позиция клиента активна: "Я решаю, нужна мне психотерапия - или нет, что мне делать, а что мне не подходит", но в этом случае и ответственность за результаты психотерапии лежит одинаково и на психотерапевте, и на клиенте. Отношения - на равных.

В рамках медицинских стандартов задача врача - избавить человека от страданий. Если врач начинает заниматься чем-то другим, он уже не врач. Стандарты психологической помощи разрешают психотерапевту заниматься любой помогающей тематикой, например улучшением семейных отношений клиента или его личностным ростом.

Клинической психотерапией может заниматься только врач, имеющей медицинское образование. Специалист, практикующий психологическую психотерапию, должен иметь психологическое образование.

Вопросы к практической подготовке

1. Понятие медицинской помощи
2. Понятие психологической помощи
3. Составьте таблицу «Сравнительная характеристика медицинской и психологической помощи».

Задания к практической подготовке

Ситуационная задача № 1

У 20-летней девушки была определена беременность на сроке 12 недель; беременность была желанной. При проведении необходимых анализов был также установлен положительный ВИЧ-статус. Женщина почувствовала полную беспомощность и тревогу, она не могла принять решения о сохранении или прерывании беременности, т.к. не обладала достаточной информацией о ВИЧ, методах лечения, влиянии заболевания на течение беременности и здоровье малыша. Она не видела будущего, не знала, что сказать родственникам.

Проанализируй ситуацию.

Что в данной ситуации должна сделать медсестра?

Ситуационная задача № 2

Пациент находился на обследовании в пульмонологическом отделении, его направили на бронхоскопию. Он обратился к дежурной медсестре с просьбой объяснить, почему его направили на данный вид исследования. Медсестра в грубой форме ответила: «Не надоедайте! У вас рак». Утром пациента обнаружили мертвым. Вскрытие показало, что он отравился.

Проанализируй ситуацию.

Насколько этичны действия медсестры?

Ситуационная задача № 3

В кабинете онколога при очередной диспансеризации между больной А. и врачом произошел такой диалог:

- Сколько вам лет?
- Пятьдесят.
- Есть ли у вас опухоли?
- Вроде бы, нет.
- Странно! В вашем возрасте уже что-нибудь может быть.

Проанализируй ситуацию. Насколько этичны действия врача?

Ситуационная задача № 4

Ребенок (5 лет) боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде инструментов. Медсестра прикрикивает на него и говорит: «Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной — вот посмотри, как она

жужжит. А если это не поможет, то тебя положат в больницу, а маму отправят домой».

Проанализируй ситуацию. Насколько этичны действия медсестры?

Ситуационная задача № 5

Офтальмологическая клиника. После первичного обследования пациенту предлагают расширить зрачок. У пациента возникают вопросы: зачем это необходимо? почему врач не сделает им инъекцию или не припишет лекарства для глаз? (хотя они могут и не задать их вслух, но их выражение лица демонстрирует замешательство).

Проанализируй ситуацию. Что в данной ситуации должна сделать медсестра?

Ситуационная задача № 6

Поликлиника. Больная В. у участкового терапевта жалуется на боли в сердце. Врывается коллега и хвастается купленными сапожками. Врач активно обсуждает обувь. Пациент притих.

Проанализируй ситуацию. Насколько этичны действия врача?

Ситуационная задача № 7

Офтальмологическая клиника. Пациент направлен на операцию. В предоперационной подготовке пациент сказал: «Что-то беспокоит меня по поводу операции, и я боюсь».

Проанализируй ситуацию. Что в данной ситуации должна сделать медсестра?

Ситуационная задача № 8

На приеме молодая женщина постеснялась сказать врачу-мужчине о регулярных запорах или об отсутствии стула в течение нескольких дней. В итоге, вместо амбулаторного лечения, она попала на стол к хирургу.

Проанализируй ситуацию.

Ситуационная задача № 9

Поликлиника. Из кабинета вышла медсестра. Пациент возмущенно: «Я сижу здесь 2 часа и жду пока доктор меня примет, в то время как другие пациенты, которые пришли позже уже были приглашены».

Проанализируй ситуацию.

Что в данной ситуации должна сделать медсестра?

Ситуационная задача № 10

Бригада скорой помощи на вызове. Молодой мужчина с острым инфарктом, и счет идет уже на минуты, Родные уже в панике и начинают отвечать на вопросы, пояснять, где и что у него болит, объяснять, как нужно лечить их родственника, а добрая тетюшка сетует на то, что «это он съел что-то на работе» и требует промыть ему желудок.

Проанализируй ситуацию.

Что в этой ситуации должны сделать медработники?

Практическая подготовка № 18

Психосоматические заболевания

Теоретическая часть

Психосоматика - направление в медицине и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение, течение, исход соматических (телесных) заболеваний.

В рамках психосоматики исследовались и исследуются связи между характеристиками личности (конституциональные особенности, черты характера и личности, стили поведения, типы эмоциональных конфликтов) и тем или иным соматическим заболеванием.

В альтернативной медицине популярно мнение, что все болезни человека возникают по причине психологических несоответствий и расстройств, возникающих в душе, в подсознании, в мыслях человека.

Соматические заболевания, обусловленные психогенными факторами, называют «психосоматическими расстройствами».

Психосоматические заболевания, или психосоматические расстройства - группа болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов. Представляют собой психические расстройства, проявляющиеся на физиологическом уровне, физиологические расстройства, проявляющиеся на психическом уровне, или физиологические патологии, развивающиеся под влиянием психогенных факторов.

Проблема психосоматических соотношений - одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается на протяжении многих веков, со времен Гиппократ и Аристотеля. Однако сам термин «психосоматика» был введен И. Хайнротом лишь в 1818 году, а вошел в употребление примерно с 1934-1936 гг. после работ Дэнбар, Джелиффа, Александер, Вольфа и др. М. М. Кабанов подчёркивает необходимость преодоления искусственного противопоставления биологического и психосоциального и определяет психосоматические заболевания как «чисто человеческие».

В первое время в психосоматической медицине преобладали психоаналитические концепции, согласно которым соматическое здоровье обусловлено состоянием психики (депрессивный аффект может способствовать телесному заболеванию у предрасположенной к этому личности, а чувство удовольствия - оказывать омолаживающее действие на тело).

Психосоматические расстройства можно разделить на несколько больших групп. Симптомы различают по патогенезу, смыслу симптома и по функциональной структуре психосоматической связи, находящей отражение в психосоматическом расстройстве.

Конверсионные симптомы

Человек бессознательно начинает демонстрировать болезненные симптомы, которых объективно нет. Это часто наблюдается тогда, когда невротический конфликт получает вторичный соматический ответ в виде демонстрации симптомов как попытки решения социального конфликта. Конверсионные проявления затрагивают произвольную моторику и органы чувств (например, истерический паралич, парестезии («ползание мурашек»), психогенная слепота и глухота, психогенная рвота, болевые феномены).

Функциональные синдромы

Речь идёт о функциональном нарушении отдельных органов или систем. Какие-либо патофизиологические изменения в органах не обнаруживаются. У больного наблюдается пёстрая картина неопределённых жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания и мочеполовую систему (например, парестезии, ком в горле, неприятные ощущения в области сердца, нейроциркуляторную дистонию, функциональные расстройства желудка, пароксизмальные нарушения сердечного ритма различного генеза и т. д.). Всё это сопровождается внутренним беспокойством, депрессивными проявлениями, симптомами страха, нарушением сна, снижением сосредоточенности и психическим утомлением.

Психосоматозы

В основе их лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, сопровождающаяся изменениями и патологическими нарушениями в органах.

Вопросы к практической подготовке

1. Что такое психосоматика
2. Как проявляются психосоматические расстройства

Задания к практической подготовке

1. Составьте глоссарий понятий: психосоматика, клинические исследования, стресс, личность, организм. Дополните своими понятиями

.....
.....
.....

.....
.....
2. Назовите основателей психосоматической медицины

.....
.....
.....
.....

3. Перечислите Западные теории психосоматики

.....
.....
.....
.....

4. Перечислите Отечественные теории психосоматики

.....
.....
.....
.....

Диагностика в психосоматике

Задание 1. Составьте перечень вопросов для диагностической беседы с психосоматическим клиентом

.....
.....
.....
.....

Задание 2. Назовите вербальные и невербальные выражения психосоматического клиента

.....
.....
.....
.....

Задание 3. Что представляет собой анамнез психосоматических клиентов

.....
.....
.....

.....
Задание 4. Укажите, какие тесты используются для оценки состояния психосоматических клиентов

.....
.....
.....
.....
.....

Задание 5. Назовите восемь основных источников психосоматических заболеваний:

.....
.....
.....
.....

Практическая подготовка № 19, 20

Психология личности больного. Часть 1, 2

Теоретическая часть

Психология больного человека также индивидуальна, как и психология здорового. Однако всякое заболевание, способно повлечь определенные изменения в личности, которые позволяют говорить о переменах психологического состояния пациента в сравнении с тем, которое было до болезни. Характер этих перестроек будет зависеть от многих факторов. Например, от характера заболевания (острое или хроническое), от того какой орган или система повреждены, от особенностей личности, интеллектуального уровня человека, его профессиональной деятельности, роли в обществе и в семье и т.д.

В первую очередь, в связи с болезнью, человек испытывает физические и психологические трудности. Он имеет проблемы в общении, может быть подавленным, растерянным, испуганным и даже агрессивным. Заболевший человек страдает всем своим существом, так как заболевание касается и всех социальных сторон жизни. Изменяются желания и стремления, свойственные здоровому человеку. Меняется восприятие и отношение человека к окружающему миру и к самому себе. Больной оказывается вне круга привычных социальных связей с семьей, профессиональным коллективом, привычным кругом друзей.

Каждый больной ждет от медицинского работника совета, утешения, возможно консультации или просто испытывает необходимость поделиться с кем-нибудь своими переживаниями и страхами.

Все, что связано с тяжелой болезнью, приобретает особую значимость и важность. Нередко появляются замкнутость, снижение настроения, легкая уязвимость, ранимость психики. Порой могут возникнуть депрессивное состояние; необычные, часто неадекватные реакции на пустячные факты и события. Все оценивается теперь через призму болезни.

Наблюдается перестройка интересов от внешнего мира к собственным ощущениям, ограничение интересов. При этом меняются все стороны личности: эмоциональная настроенность, моторика, речь.

Больные часто жалуются на чувство собственной малоценности, одиночества и ненужности. Поэтому первоочередная задача психологической помощи пациенту - это постараться вернуть ему чувство уверенности в себе, утраченную веру в выздоровление, восстановить потерянную связь с окружающими. Для этого медсестра должна уметь оказать психологическую поддержку больному человеку.

Внутренняя картина болезни.

Для лучшего понимания состояния пациента и характера его переживаний, необходимо выяснить его внешнюю и внутреннюю картину болезни (ВКБ).

Внешняя, или объективная картина болезни рассматривается как совокупность клинических данных, полученных медицинскими работниками при обследовании пациента. Это показатели осмотра, перкуссии, пальпации, лабораторных, аппаратных и других исследований. Эти наблюдения, в которых активно участвует медсестра, наглядны, фиксируются документально и имеют определенную динамику развития в различные периоды заболевания.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – это осознание, целостное представление пациента и своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни.

Вот как писал об этом Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни, это «все то, что испытывает и переживает больной человек, вся масса его ощущений, не только исходящих от больного органа, но и самочувствие, самонаблюдение, представление больного о своей болезни, о ее причинах, все то, что, связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из сложного сочетания восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».

Внутреннюю картину болезни исследуют с помощью беседы с пациентом, анкетирования, опросников.

На внутреннюю картину болезни влияют личностные характеристики пациента, как врожденные (тип в.н.д., темперамент), так и приобретенные (характер, образование, культурный уровень и др.).

В структуре ВКБ принято различать несколько уровней.

1) Чувственный уровень – это ощущения пациента в связи с его болезнью. К ним можно отнести: тошноту, головокружение, зуд, боль и другие жалобы пациента, касающиеся его ощущений. Ощущения могут периодически изменяться: то ослабевать, то вновь усиливаться; могут быть связаны с приемом пищи, физической нагрузкой т др.

2) Эмоциональный уровень – это переживание пациентом своего заболевания. Чем острее и продолжительнее ощущение болезни, тем ярче будет эмоциональная окраска описания симптомов болезни.

Ни одно заболевание не вызывает положительных эмоций, а является лишь источником отрицательных переживаний. Однако существует определенная динамика: по мере снижения болезненных проявлений на

смену отрицательным эмоциям приходят положительные, пациент начинает успокаиваться, ожидает своего выздоровления. Сообщение пациенту о меньшей опасности заболевания для его здоровья тоже может вызвать положительные эмоции. Задача медсестры – как можно внимательней относиться к эмоциональным переживаниям пациента, не быть безразличной к его просьбам и жалобам, проявлять сочувствие и по возможности ограждать от отрицательных эмоций.

3) Интеллектуальный уровень включает информацию пациента о своем заболевании и его причинах, течении и возможных последствиях. Уровень осознания своего заболевания у пациентов различный. Люди, страдающие хроническими заболеваниями, чаще обращаются за помощью в медицинские учреждения и о своем заболевании знают достаточно много. Такие пациенты имеют свое мнение в отношении проводимых обследований и методов лечения и стараются сообщить его медперсоналу. Пациенты с острыми заболеваниями (инфекционными, хирургическими и др.), как правило, о них знают мало, так как болезнь возникает внезапно. Однако в условиях современного бурного развития информационных систем (Интернет и др.) пациенты могут за считанные секунды получить всю необходимую информацию с набором грамотных медицинских комментариев и результатов исследований относительно тех или иных методов лечения. Все это делает пациентов очень осведомленными в отношении своего заболевания.

Отношение пациента к болезни.

Важной составляющей ВКБ является отношение к болезни. Отношение к болезни у пациента может быть адекватным и неадекватным.

Адекватное отношение к болезни предполагает осознание пациентом необходимости лечения. Пациент интересуется диагнозом своего заболевания, планом лечения и перспективами благоприятного исхода. Адекватное отношение пациента к своей болезни также зависит от умелого высокопрофессионального общения с пациентом.

Нередко может сформироваться неадекватное отношение к болезни. В этом случае люди безразлично относятся к своему здоровью или уже достаточно долгое время болеют и потеряли веру в возможность выздоровления. Эта категория больных требует к себе более тщательного, упорного, терпеливого отношения; высокопрофессионального общения со стороны медперсонала.

Различают несколько типов пациентов с неадекватным отношением к болезни:

- Подозрительный пациент. Это человек угрюмый, настороженный и подозрительный в отношении лечения в целом и медицинского персонала, в частности. Поэтому, прежде, чем начать лечение, следует преодолеть недоверие больного.

- Тревожный, постоянно волнующийся пациент. Такой больной отличается повышенной тревожностью. Принято различать ситуативную тревожность, связанную с конкретной ситуацией, с любым жизненно важным событием и личностную тревожность. Она проявляется в виде робости, покорности, неуверенности в себе, чрезмерной боязни лечебно-диагностических процедур. В любом случае, необходимо четко и профессионально объяснить любую процедуру, даже самую простую. В беседе нужно быть предельно точной, внимательной к своим словам и выражениям, избегать медицинского сленга.

- Демонстративный пациент. Такой больной нуждается в постоянном внимании со стороны окружающих, преувеличивает сложность своего заболевания, он даже как бы гордится своим заболеванием. В этом случае не всегда применим обычный способ утешения больного. Можно предложить следующую формулировку: «В нашем стационаре (отделении, больнице и т.д.) работает опытный медицинский персонал, ваш лечащий врач – отличный специалист. Мы хорошо знакомы с такой формой заболевания и сделаем все возможное, чтобы помочь вам». От более подробных комментариев медсестре стоит отказаться, переадресовав все вопросы к лечащему врачу. Если степень тревоги пациента значительна, то медсестре следует без промедления сообщить об этом врачу.

- Ипохондрический пациент. В этом случае больной человек с повышенным вниманием относится к своему здоровью, обнаруживает у себя целый спектр различных заболеваний. Он читает специальную литературу, интересуется результатами всех диагностических процедур.

- Депрессивный пациент. Такой больной настроен пессимистично, так как перестал верить в возможность своего выздоровления. Он замкнут в своем внутреннем мире, старается не общаться с другими пациентами и персоналом. Такому больному обязательно необходим медицинский психолог. Медицинская сестра, со своей стороны может привлечь данного больного к уходу за другими пациентами, выполнению несложных поручений.

И, все-таки, необходимо помнить, что в разных ситуациях проявляются различные формы реакции на болезнь. Поэтому, в каждом конкретном случае желательно поставить в известность лечащего врача и проконсультироваться с ним о форме общения с пациентом.

Госпитализация также сопровождается отрицательными эмоциями пациента. В известной степени они обусловлены отсутствием психологически комфортного климата в лечебном учреждении, неумением медицинского персонала психологически правильно общаться с пациентом. Следствием этого может стать потеря пациентом собственной значимости: «Кто я здесь такой, никому нет до меня дела».

Поэтому с первых минут появления пациента в лечебном учреждении медперсонал должен создать как можно более благоприятную обстановку приветливости, комфорта для пациента; участия и готовности помочь. Нельзя показывать пациенту своей усталости или недомогания, даже если усталость – результат тяжелого дежурства. Если пациент достаточно информирован, доверяет врачу, то он чувствует себя в безопасности, спокойно и уверенно участвует в лечебно-диагностическом процессе.

Вопросы к практической подготовке

1. Как наблюдать изменения происходящие с пациентом
2. Что такое внутренняя и внешняя картина болезни
3. Перечислите и дайте характеристику уровням внутренней болезни
4. Перечислите и дайте характеристику типам пациентов с неадекватным отношением к болезни

Задания к практической подготовке

1. Предложите вариант решения сложившейся ситуации:

Пациент с хроническим гепатитом на приеме у врача. Обсуждаются результаты лабораторного исследования, показавшего отрицательную динамику процесса. Врач спрашивает: «Отмечаете ли вы ощущения ухудшения самочувствия?». Пациент в ответ: «Доктор, я не знаю, как внешне, но в душе мне все хуже и хуже. Тревожные мысли не перестают посещать меня. – Скажите, что теперь со мною будет? Чем закончиться моя болезнь? Выздоровею ли я? Не стану ли обузой своим близким?»

2. Как бы вы объяснили связь между умениями медсестры общаться и адекватным отношением пациента к своему заболеванию?

3. Ознакомьтесь с представленным отрывком:

- Сирийский врач АбульФараджа, живший в 13 веке, обращаясь к пациенту, говорил: «Нас трое – ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, а я останусь один. Вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, мы ее одолеем».

Выскажите свои мысли по поводу данной мудрости.

Практическая подготовка № 21, 22

Психология конфликта. Часть 1, 2

(проводится в форме интерактивного занятия – Ситуационные задачи)

Теоретическая часть

К самым распространенным психологическим конфликтам относятся межличностные конфликты. Они охватывают практически все сферы человеческих отношений. Любой конфликт, так или иначе, сводится к межличностному. Даже в межгосударственных конфликтах происходят столкновения между лидерами или представителями государств.

Межличностные конфликты имеют свои отличительные особенности, которые сводятся к следующему:

1. В межличностных конфликтах противоборство людей происходит непосредственно, здесь и сейчас, на основе столкновения их личных мотивов. Соперники сталкиваются лицом к лицу.

2. В межличностных конфликтах проявляется весь спектр известных причин: общих и частных, объективных и субъективных.

3. Межличностные конфликты для субъектов конфликтного взаимодействия являются своеобразным «полигоном» проверки характеров, темпераментов, проявления способностей, интеллекта, воли и других индивидуально-психологических особенностей.

4. Межличностные конфликты отличаются высокой эмоциональностью и охватом практически всех сторон отношений между конфликтующими субъектами.

5. Межличностные конфликты затрагивают интересы не только конфликтующих, но и тех, с кем они непосредственно связаны либо служебными, либо межличностными отношениями.

Поэтому знание особенностей межличностных конфликтов, причин их возникновения и способов управления ими является важной составляющей в профессиональной подготовке любого специалиста.

Ежедневно на почве расхождений во взглядах, разногласий и противоборства разных мнений, нужд, побуждений, желаний, стилей жизни, надежд, интересов и личностных особенностей возникают причины для конфликтов. Они представляют собой один из результатов каждодневного соперничества и противостояния людей в сфере принципиальных или эмоционально обусловленных столкновений, которые нарушают личностное или межличностное спокойствие.

Существует большое количество трактовок данного понятия, которые зачастую противоречат друг другу. Конфликт – это наиболее острый способ

разрешения значимых противоречий, возникающих в процессе взаимодействия людей. Конфликт заключается в противодействии субъектов конфликта и сопровождается негативными эмоциями. Сущностью конфликта является не только возникшее противоречие, но и способ его разрешения, а также стиль реагирования субъектов конфликта в сложившейся ситуации.

Специалистами разработано немало рекомендаций, касающихся различных аспектов поведения людей в конфликтных ситуациях, выбора соответствующих стратегий поведения и средств разрешения конфликта, а также управления им.

Вопросы к практической подготовке

1. Понятие межличностного конфликта и его структура.
2. Основные подходы в изучении межличностных конфликтов.
3. Сферы проявления межличностных конфликтов, их причины и способы разрешения: коллектив, семья, диффузная группа и т.д.
4. Классификация межличностных конфликтов.
5. Психологические признаки межличностных конфликтов. Конфронтация, ссора, скандал (кризис).
6. Специфика проявления межличностных конфликтов в различных видах профессиональной деятельности и пути их разрешения.
7. Понятие конфликта. Предмет и объект конфликта. Субъекты конфликтного взаимодействия. Причины конфликта.
8. Классификация конфликтов и их характеристика.
9. Основные модели поведения личности в конфликтном взаимодействии.
10. Двухмерная модель стратегий поведения в конфликте Томаса-Киллмена.
11. Трехмерная модель стратегий поведения в конфликте.
12. Стратегии поведения в конфликте: принуждение (борьба, соперничество); уход; уступка; компромисс; сотрудничество.
13. Характеристика основных стратегий поведения.
14. Типы конфликтных личностей.
15. Конфликтные ситуации при работе с клиентами и коллегами.
16. Понятие технологии эффективного общения и их основное содержание. Технологии рационального поведения в конфликте.

Задания к практической подготовке

Решите ситуационные задачи:

Задача 1. В конструкторском бюро не сложились отношения начальника отдела с коллективом. Начальник отдела был назначен на должность два месяца назад. До этого он работал в другом отделе, имел хорошую репутацию как специалист. Имеет большое количество изобретений, один из научных проектов, руководителем, которого он был как ведущий инженер по предыдущей должности в другом отделе, получил высшую оценку на международной выставке. Проанализируйте, какие причины легли в основу конфликта между новым начальником и коллективом?

Задача 2. На собрании творческого коллектива обсуждался вопрос о представлении к почётному званию «Заслуженный деятель науки» сотрудника А. Вопрос о представлении к такому званию по соответствующему положению мог решаться либо открытым, либо тайным голосованием. После короткого обсуждения кандидатуры сотрудник Б. внёс предложение: процедуру выдвижения провести тайным голосованием. Понятно, в результате итоги голосования оказались не в пользу А.

Дополнительная информация:

1) инициатором представления А к почётному званию выступил руководитель коллектива;

2) руководителю были известны негативные высказывания в адрес А. некоторых сотрудников коллектива по поводу якобы имевших место незаслуженных продвижений по службе (А. до смены руководителя коллектива, которое произошло за два года до представления его к почётному званию, несмотря на успехи в научно-исследовательской деятельности, не находил должной оценки со стороны бывшего руководителя М. С приходом нового руководителя С. А. был назначен на высшую должность);

3) численность коллектива, в котором трудился соискатель почётного звания, была небольшая (10 человек); в их числе были четверо сотрудников, имевших почётное звание, и трое претендовавших на него.

Проанализируйте данную ситуацию на предмет ее конфликтности.

Задача 3. Определите тип межличностного конфликта по модели межличностных отношений:

- а) взаимно-положительный;
- б) взаимно-отрицательный;
- в) односторонне положительно-отрицательный;
- г) односторонне противоречиво-положительный;
- д) взаимно-противоречивый.

Практическая подготовка № 23, 24

Профессиональное общение медицинской сестры. Часть 1, 2

Теоретическая часть

Чтобы психологический контакт состоялся необходимо применять ряд психологических технологий:

1. Понимающее общение

Ориентировано на установление и развитие контакта, положительных взаимоотношений и на выявление точки зрения собеседника. В первую очередь, внимание обращается на внутреннюю «систему отчета» собеседника, а не на собственную: его критерии оценок, ценности, мотивы поведения, проблемы, образы, картину мира. Это необходимо для получения информации о том, как пациент сам себе представляет свою ситуацию, какие переживания испытывает в связи с этим, как прогнозирует свое будущее. Понимающее общение возможно только тогда, когда медсестра проявляет уважение к личности пациента и может не оценочно реагировать на его высказывания и эмоциональные состояния. Главное в психологическом контакте – увидеть другого таким, какой он есть, начать общаться с ним реальным, не пытаясь его «переделывать». Важно, чтобы медработник был в хорошей физической и психологической форме, постоянно рос как личность. Иначе свои психологические проблемы она будет переносить на общение с пациентом.

2. Отношение к партнеру.

В процессе возникновения контакта отношение к партнеру оценивается как «нравиться - не нравится». Оценка зависит: от партнера, от установок и взглядов самого человека, мотивов и эталонов. Реакция притяжения или неприятия проявляется в мимике, жестах, позе, взгляде: если человек вам нравится, то ему легко общаться с вами, если – нет – ему придется преодолеть ваше отрицательное отношение. Чтобы добиться взаимного доверия, поддерживайте у себя установку на общение, доверяйте своему собеседнику. Если хотите добиться более высокого уровня доверия, старайтесь говорить на языке собеседника, умеете слушать, обратите внимание на ваше взаимное расположение в пространстве, дайте собеседнику подкрепление (имя, улыбка, комплимент).

3. Искусство слушать собеседника.

Внимательное слушание способствует установлению психологического контакта, снижает у партнера напряжение, поощряет сотрудничество. Если кто-то тебя внимательно слушает, значит, что тебя ценят, ты достоин внимания. Такие отношения вызывают положительные эмоции. Медсестра

слушает внимательно, глядя на собеседника, ее поза свидетельствует об открытости, интересе, поощряет к разговору. Умение слушать требует дисциплины и затрат энергии. У слушающего могут возникнуть психологические барьеры, мешающие правильному, четкому восприятию информации:

- Отключение внимания
- Предвзятое слушанье
- Влияние слов и фраз говорящего, которые обладают негативным зарядом
- Затрагиваются темы, которые эмоционально затрагивают слушающего, возвращают его к собственным проблемам
- Каждый человек придает словам собственный смысл – медсестра должна четко своими словами подвести итог услышанного и получить от пациента подтверждение или уточнение;
- Физиологические барьеры: на процесс слушанья влияет свойство слухового внимания, время, суток, усталость
- Внешние отвлекающие моменты: собеседник говорит громко, плохая акустика, шум, некомфортная температура, телефонные звонки, ограниченность времени, загрузка по работе.

4. Пространственная организация общения.

Самое важное при разговоре, чтобы собеседники чувствовали себя комфортно. Если предпринимается попытка установить психологический контакт с пациентом, нельзя «вламываться» в его интимную зону (0,5 м) без разрешения, как нельзя терпеть и этого по отношению к себе, без видимых на то оснований. В личную зону (0,5-1,2 м) мы допускаем тех, с кем охотно общаемся. Медсестра и пациент должны общаться в личной зоне. Сближаться нужно постепенно и согласованно. При выборе пространственной позиции необходимо учитывать, чтобы ваши глаза были на одном уровне с партнером.

5. Эмпатия.

Быть в состоянии эмпатии - значит, на какое-то время войти в мир другого. При этом сохраняется способность в любой момент вернуться в свой реальный мир. Если такая способность теряется, и у медсестры возникает состояние, схожее эмоциональному состоянию пациента, то она теряет способность профессионально работать и ей самой потребуется психологическая помощь. Это может привести к различным видам психологических и неврологических заболеваний, вызванных эмоциональным напряжением.

6. Самовыражение.

Психологический контакт предполагает равноправие психологических позиций партнеров. Если уважение, то взаимное, если доверие, то тоже взаимное. И взаимное право выражать свои чувства. Чтобы психологический контакт состоялся, медсестра должна научиться свободно выражать свое «Я» (в определенных границах). Это будет повышать уровень доверия пациентов к ней. Обычно открытому самовыражению мешают страхи: «Ко мне станут относиться хуже», «Меня раскритикуют». Эти страхи вынуждают медсестру оставаться узницей закрытого чисто ролевого общения. Чтобы контакт был искренним, открытым с медсестрой, он должен видеть искренность и с ее стороны. Медсестра завоюет доверие пациента, демонстрируя свою аккуратность, пунктуальность, осведомленность о положении дел пациента, опыт, подготовленность, честность, способность работать в его интересах, свою энергичность, решимость, добиться поставленной цели.

Медсестра, установив с пациентом психологический контакт, оказывает ему помощь. Предварительно она определяет его внутреннюю картину болезни. Основными методами психологической диагностики являются наблюдение и беседа.

Вопросы к практической подготовке

1. Какие психологические технологии применяются при общении пациента и медсестры.
2. Дайте характеристику каждой из технологий
3. Понятие биоэтики.
4. Понятие медицинской тайны.
5. Понятие медицинской этики и деонтологии.
6. Правила и принципы профессионального сестринского поведения.
7. Понятие общения.
8. Функции общения.
9. Уровни общения.
10. Типы и каналы общения.
11. Способы эффективного общения.

Задания к практической подготовке

Решить ситуационные задачи по теме:

Задача №1

В кардиологическом отделении лежит пожилая женщина уже 2-й месяц. Знакомые навещают ее редко, а родные еще реже. Своими «капризами» она раздражает всех окружающих и медсестер. Как можно прекратить ее капризы?

Задача №2

В холле стационара большая группа больных смотрит по телевизору программу «Новости» в 21 час 30 минут. В палате напротив холла больная плохо себя чувствует, к ней постоянно подходит дежурный врач. Какова тактика дежурной медсестры?

Задача №3

При выписке из стационара больной недостаточно ясно сказали о диагнозе. Заподозрив худшее, она звонит по телефону дежурной медсестре, и представившись сестрой выписавшейся женщины, просит сообщить ей правду о ее состоянии. Как решить эту проблему?

Задача №4

В роддоме молодая мать узнала, что у нее родился ребенок с физическим недостатком - расщелиной мягкого неба (заячьей губой). Она решила оформить отказ от ребенка и сдать его в Дом ребенка. Как должна поступить медсестра?

Задача №5

Ребенок, доставленный в хирургическое отделение по поводу острого аппендицита, скончался от перитонита. Родители, пришедшие навестить его, просят медсестру сказать о его самочувствии. Как ей следует поступить?

Задача №6

Ночью, доставленный накануне в гастроэнтерологическое отделение больной жалуется на сильные боли в области желудка. По просьбе больного медсестра дает ему обезболивающее средство и отправляет в палату. Ваши замечания.

Задача №7

Ребенок 7 лет обратился к школьной медсестре с жалобами на сильные боли в области живота. Как бы Вы поступили на месте медсестры?

Задача №8

После госпитализации ребенка в хирургическое отделение, его родственники попросили медсестру этого отделения рассказать о диагнозе, прогнозе и лучшем хирурге. Ваши действия.

Задача №9

У молодой женщины недавно умер отец от инфаркта миокарда. Тяжело переживая его смерть, она узнала, что может быть наследственная предрасположенность к инфаркту. Стала замечать у себя неприятные ощущения в области грудной клетки, появился страх смерти. Какую болезнь можно предположить у пациентки?

Задача №10

У больного выявлена злокачественная опухоль желудка в стадии, когда ее можно удалить хирургическим путем. От операции больной категорически отказывается. Ваша тактика.

Практическая подготовка № 25

Психология общения

Теоретическая часть

Во все времена существовали профессии, где умение общаться ценилось несравненно выше других способностей и навыков. И в наше время существует огромное количество профессий, в которых успеха можно добиться в основном благодаря умению эффективно общаться: правильно излагать свои мысли, понимать собеседника, что называется «с полуслова». Как политикам и юристам, так и врачам, учителям, продавцам и представителям многих других профессий умение общаться порой бывает более необходимым, чем их профессиональные знания.

Общаясь с другими людьми, индивид усваивает общечеловеческий опыт, исторически сложившиеся социальные нормы, ценности, знания и способы деятельности: формируется как личность. Сложность самого процесса общения, обусловила появление множества определений понятия «общение». Общение – сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия. В самом общем виде общение выступает как форма жизнедеятельности человека. Можно считать, что общение выполняет многообразные функции, главные из которых:

- организация совместной деятельности;
- формирование и развитие межличностных отношений;
- познание людьми друг друга.

Структура общения состоит из трех взаимосвязанных компонентов:

- коммуникативная сторона общения (обмен информацией между людьми);
- интерактивная сторона общения (организация взаимодействия между индивидами);
- перцептивная сторона общения (процесс восприятия друг друга партнерами по общению).

Таким образом, в общем виде общение можно определить как универсальную реальность, в которой зарождаются, существуют и проявляются в течение всей жизни психические процессы, состояния и поведение человека.

Вопросы к практической подготовке

1. Понятие общения в различных науках: социологии, лингвистике, психологии и других.
2. Сущность общения: его функции, виды, формы.
3. Структура и средства общения.
4. Стили общения.
5. Роль общения в развитии человека и общества.

Задания к практической подготовке (ситуационные задачи)

1. Определите виды общения, актуализирующиеся в следующих ситуациях. (Вариантов ответа может быть несколько.)

а) Оказавшись в скучной компании, парень рассказывает веселые истории и анекдоты.

б) Не застав друга дома, мальчик оставляет ему у соседей записку с просьбой позвонить.

в) Заметив знакомую, идущую по другую сторону дороги, девушка приветливо улыбнулась ей и помахала рукой.

г) Подойдя к автобусной остановке, мужчина поинтересовался у окружающих, давно ли прошла «шестерка».

д) Мэр города обращается по радио к горожанам с призывом принять активное участие в субботнике.

е) Просматривая образцы обоев, супруги рассуждают, какие из них лучше подойдут для детской комнаты.

ж) Ребенок после прогулки просит у мамы бутерброд.

з) Отец рассказывает сыну, как из бумаги можно сделать самолетик.

и) Продавец ручных пылесосов, привлекая внимание потенциальных покупателей, демонстрирует достоинства товара и сообщает, что цена на следующую партию будет уже выше.

к) Поздно вечером мама говорит сыну, что пора выключать телевизор и ложиться спать, иначе утром будет трудно вставать в школу.

2. Прочтите приведенные ниже зарисовки. Воспользуйтесь вашими знаниями о невербальной коммуникации и расшифруйте, что хотел сказать своим поступком каждый из персонажей.

а) Даша собрала свои длинные светлые волосы в тугий узел на затылке, надела одолженный у матери строгий костюм в тонкую полоску и черные классические туфли, сложила папки с документами в портфель и отправилась на собеседование.

б) После семейной ссоры Эдуард нарисовал портрет жены в черных и серых тонах. Рисунок он повесил на зеркало перед ее туалетным столиком.

в) Начальник похвалил Галю за хорошую работу и потрепал по плечу. Девушка поспешно отстранилась.

г) Таня оглядела переполненный людьми пляж и расстелила свое полотенце в метре от симпатичного молодого человека.

д) Во время объяснения новой темы двое учеников с азартом играют в «Морской бой». Учитель, заметив это, делает паузу в своем рассказе и пристально смотрит на ребят.

Практическая подготовка № 26

Психология профессиональной деятельности

Теоретическая часть

Психология профессиональной деятельности причисляется к практическому направлению общей психологии. Она имеет отношение к реальным объектам, понимание которых опирается на действительность, в которой находится человек.

Предметом данной психологии являются трудовые и профессиональные отношения людей и их личные характеристики и способности. Психология профессиональной деятельности напрямую связана с психологией труда, а психология труда занимается изучением условий и разработкой путей и методов решения поставленных задач, которые связаны с трудовой занятостью и профессиональными навыками.

Также существует тесная взаимосвязь данной психологии с другими подразделами общей психологии, такими как экспериментальная психология, психофизиология, организационная психология, инженерная психология, эргономика, социальная психология, психология управления, возрастная психология, юридическая психология и экономическая психология. Предметом профессиональной психологии является сам работник, который способен к различным проявлениям психического характера в условиях трудовой деятельности. Объектом в профессиональной деятельности является сам трудовой процесс, который включает в себя предметы, средства, задачи, цели и возможные условия его формирования.

Методами психологии служат различные приемы, благодаря которым получают достоверную информацию, используемую для создания научных разработок и практических методик. Данные методы базируются на принципе объективности, системе научных знаний, четко в соответствии с реальным миром. Основными методами изучения профессиональной деятельности служат наблюдение, эксперимент и опросный метод.

Существует ряд задач, которые решает данная психология:

Установление начального уровня профессионализма;

Определение соответствия требованиям данной профессии;

Соответствие этой профессии ожиданиям человека;

Раскрытие возможных потенциалов личности;

Поддержка работников в условиях использования его потенциала для результативного труда.

В психологии профессиональной деятельности выделяют такие подразделы: Общая психология труда. Изучает историю развития знаний о

труде, методологические основы психологии труда, характеристику профессиональной деятельности, определение и нахождение важных качеств воспитания личности в труде, а также кризисы и сложности в труде.

Психология инженерного направления. Изучает влияние и взаимодействия человека с техникой, а также различные психические показатели состояния человека.

Психология управленческого направления. Изучает взаимоотношения работников в процессе организации, а также оптимизацию этих отношений для увеличения производительности труда и формированию личности работников.

Профессиональная ориентация. Предполагает самоопределение сотрудников, а также включает в себя психологию карьеры, построенную на достижении самореализации.

Профессиональное образование. Включает в себя занятия, ориентированные на целеустремленность личности и его развитие. Предлагает поддержку работников в трудовом процессе.

Вопросы к практической подготовке

1. Что понимается под психологией профессиональной деятельности
2. Каковы методы психологии
3. Расскажите про подразделы психологии:
 - Общая психология труда
 - Психология инженерного направления
 - Психология управленческого направления.
 - Профессиональная ориентация
 - Профессиональное образование

Задания к практической подготовке

1. Опираясь на схему описания профессиональной деятельности Е. А. Климова, собрать дополнительные данные о ней, используя методы беседы, наблюдения, самонаблюдения. Описать особенности профессиональной деятельности в соответствии с разделами схемы.

2. Определить свой тип личности по методике Дж. Холланда. На примере своих результатов сделать вывод о взаимосвязи типа личности и сферы профессиональной деятельности.

Практическая подготовка № 27

Эмоционально-волевая сфера

Теоретическая часть

Эмоционально-волевая сфера - это свойства человека, характеризующие содержание, качество и динамику его эмоций и чувств, в том числе способов их регуляции. Компонент эмоциональной устойчивости. Степень волевого владения человеком своими эмоциями.

Идею связи развития эмоций и других сторон личности, высказывал Л. С. Выготский. Говоря о развитии эмоций в детском возрасте, он отметил: «Это делает важным и понятным то, что было открыто с психологической стороны другими экспериментаторами, - теснейшую связь и зависимость между развитием эмоций и развитием других сторон психической жизни человека».

Эту идею развивает Е.О. Смирнова. Регулирующая роль правила, его осознание также в качестве условия предполагает участие эмоциональных процессов. «Чтобы правило стало действительно осознанным, оно должно стать эмоционально привлекательным, личностно значимым, оно должно стать мотивом действий ребенка. Открытие содержания правила (то есть его знание) и становление его эмоциональной привлекательности (то есть отношение к нему) должны происходить в неразрывном единстве. Только в этом случае правило может стать действительным мотивом и, следовательно, задавать правилу личностный смысл и побуждать к соответствующим действиям».

Сложности в осуществлении эмоционально-волевой регуляции на этом этапе связаны так же с неравномерным развитием отдельных сторон психики, принимающих активное участие в произвольной регуляции деятельности. Особо существенны в этом отношении отставания в развитии нравственных качеств личности тесно связанных с ними особенностей мотивации ведущей деятельности, самооценки (ее неустойчивость, неадекватность). Наряду с этим развитие воли тормозится доминированием психобиологических образований (свойств нервной системы, особенностей эмоциональности) над сформированными психическими новообразованиями.

Интересный подход в понимании природы волевого усилия в регуляции деятельности развивает в настоящее время В. К. Калинин. Он выделяет особую внутреннюю активность человека, проявляющуюся в наиболее простых случаях действия в виде волевых усилий, а в сложных условиях — как развернутое внутреннее действие по мобилизации ресурсов и организации психических процессов в соответствии с задачей, решаемой

человеком. В.К. Калинин считает, что эмоции обеспечивают общую мобилизацию всех систем организма, в то время как волевая регуляция обеспечивает избирательную мобилизацию психофизических возможностей человека. За волевой регуляцией закрепляется функция сознательного изменения степени «включения» эмоций. В. Н. Калинин отмечает, что эмоциональная и волевая регуляции могут совпадать по направлению или создавать конкурирующие доминанты. Вместе с разделением рассматриваемых видов регуляции автор обращает внимание на их тесную связь.

Формирование эмоционально-волевой сферы

Нормальное развитие. Интернализация норм и правил поведения; эмоциональная саморегуляция; побуждения и торможение действий регулируется реальными внешними стимулами. Внешняя произвольная регуляция сформирована; внутренняя произвольная регуляция продолжает свое развитие.

Нарушенное развитие. Избирательно сформирована внешняя произвольная регуляция (реакция на яркие стимулы). Сопротивление предъявляемым требованиям; нарушение эмоциональной регуляции (импульсивность, лабильность), гиперактивность.

Компоненты эмоционально-волевой сферы

Эмоционально-волевая регуляция включает в себя и не вполне осознанные индивидом регуляторные компоненты, участвующие в качестве необходимых в ситуациях преодоления трудностей и препятствий на пути достижения цели. В таком случае, понятие эмоционально-волевой регуляции близко к понятию синтетического процесса психики, обеспечивающего функционирование регуляторного контура в ситуации трудностей и напряжения. Включение таких не полностью осознанных компонентов отделяет понятие эмоционально-волевой регуляции от понятия волевой регуляции.

В личностной структуре, эмпирически выявленной в нашем исследовании, представлены все необходимые для эффективной эмоционально-волевой регуляции компоненты: направленность личности, эмоции, воля.

Вопросы к практической подготовке

1. Подходы эмоционально-волевой сферы
2. Формирование эмоционально-волевой сферы
3. Каковы компоненты эмоционально-волевой сферы
- 4.

Задания к практической подготовке

Выполните задания и ситуационные задачи.

Понятийно-терминологические и проблемно-ситуационные задачи

Задача 1. Сопоставьте название и определение «базовых» эмоций.

Радость -... Удивление -... Грусть-... Гнев -... Отвращение -...
Презрение -... Страх

А) — отрицательное эмоциональное состояние, связанное с полученной достоверной или кажущейся таковой информацией о невозможности удовлетворения важнейших жизненных потребностей

Б) — положительное эмоциональное состояние, связанное с возможностью достаточно полно удовлетворить актуальную потребность

В) — отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в межличностных взаимоотношениях и порожаемое рассогласованием жизненных позиций, взглядов и поведения субъекта с жизненными позициями, взглядами и поведением объекта чувства

Г) — не имеющее четко выраженного положительного или отрицательного знака эмоциональная реакция на внезапно возникшие обстоятельства

Д) — отрицательное эмоциональное состояние, появляющееся при получении субъектом информации о реальной или воображаемой опасности

Е) — эмоциональное состояние, отрицательное по знаку, как правило, протекающее в форме аффекта и вызываемое внезапным возникновением серьезного препятствия на пути удовлетворения исключительно важной для субъекта потребности

З) — отрицательное эмоциональное состояние, вызываемое объектами (предметами, людьми, обстоятельствами и т. д.), соприкосновение с которыми вступает в резкое противоречие с идеологическими, нравственными или эстетическими принципами и установками субъекта

Задача 2. Используя материалы лекции, составьте мини-гlossарий по теме «Виды эмоциональных состояний».

Термин	Значение термина
Чувственный тон	
Эмоция	
Настроение	
Аффект	
Фрустрация	
Стресс	

Задача 3.

1). Какая форма проявления чувств описывается в следующем примере? Ответ поясните.

«Во время Бородинского сражения флигель-адъютант Вольцоген доставил донесение М.И. Кутузову о ходе дел на левом фланге. Иностранец Вольцоген, человек глубоко чуждый русской армии, совершенно ложно понимал смысл развертывающихся боевых действий. Относясь пренебрежительно к русским войскам и их главнокомандующему, он с полупрезрительной улыбкой доложил Кутузову, что все пункты позиции в руках неприятеля и что отбить их нечем, так как войска в полном расстройстве бегут и остановить их нельзя.

– Вы видели?.. – нахмурившись, закричал Кутузов, быстро вставая и наступая на Вольцогена. – Как вы... как вы смеее!... – делая угрожающие жесты трясущимися руками и захлебываясь, закричал он. – Как смеее вы, милостивый государь, говорить это мне. Вы ничего не знаете... Неприятель отбит на левом и поражен на правом фланге... Все молчали, и слышно было одно тяжелое дыхание запыхавшегося старого генерала».

—

—

2).Какое эмоциональное состояние описано в следующем примере? Ответ поясните.

«Я обнимал в то время весь мир своей любовью. Я любил и хозяйку... и её мужа, и её гостей, и её лакеев... К отцу же её, с его сапогами и с

ласковой, похожей на неё улыбкой, я испытывал в то время какое-то восторженное, нежное чувство». После бала герой рассказа Л.Н. Толстого «После бала» не может спать, потому что чувствует себя слишком счастливым. Он выходит на улицу и чувство счастья, которым он полон, снова окрашивает для него весь мир. «И лошади, равномерно покачивающиеся под глянцевитыми дугами мокрыми головами, и покрытые рогожками извозчики... и дома улицы... – все было мне особенно мило и значительно».

Задача 4. Подберите и проанализируйте свои примеры эмоциональных состояний персонажей из художественной литературы (используйте критерии эмоционально-психологического состояния личности, приведенные в учебно-информационном материале).

Задача 5. Проведите самодиагностику эмоционально-волевой сферы психики по предложенным ниже тестам:

ТЕСТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

СКЛОННОСТЬ К ПОСТОЯННОМУ ПОНИЖЕННОМУ НАСТРОЕНИЮ (ДИСТИМИИ)

Автор - Бойко В. В.

Инструкция Внимательно прочитайте следующие утверждения. В случае согласия рядом с номером вопроса поставьте "+", в случае несогласия "-".

1. Вы унылый, редко радующийся человек.
2. Вам трудно быть абсолютно беззаботно веселым, "отключиться" от всех забот.
3. Вас трудно чем-либо обрадовать.
4. Вы оцениваете жизнь в целом пессимистично.
5. В будущем вы не ожидаете радостей.
6. У вас часто несколько подавленное настроение.
7. Жизнь вам кажется трудной.
8. Вы равнодушны к анекдотам (или не любите их).
9. В беседе вы скудны на слова.
10. Вас часто посещают мрачные мысли.
11. Хорошая солнечная погода не вызывает у вас душевного подъема.
12. Вы чувствуете себя не совсем уютно в шумной, веселой компании.

Обработка результатов. За каждый утвердительный ответ начисляется по 1 баллу. Подсчитывается общая сумма

баллов.

Интерпретация:

10-12 баллов - дистимия, определяющая стиль жизни; 5-9 баллов - тенденция к пониженному настроению; 4 балла и менее - тенденция отсутствует

ШКАЛА СНИЖЕННОГО НАСТРОЕНИЯ -СУБДЕПРЕССИИ (ШСНС^ББ)

Автор -ZungV. Адаптация - Балашова Т. Н.

Инструкция. Внимательно прочитайте каждое из приведенных ниже предложений и отметьте один из четырех вариантов ответов справа в зависимости оттого, как вы чувствуете себя в последнее время.

Варианты ответов: 1 - никогда или изредка; 2 - иногда; 3 - часто; 4 - почти всегда или постоянно.

1. Я чувствую подавленность, тоску	1234
2. Утром я чувствую себя лучше всего	1234
3. У меня близко слезы	1234
4. У меня плохой ночной сон	1234
5. У меня аппетит не хуже обычного	1234
6. Мне приятно общаться с привлекательными женщинами (мужчинами)	1234
7. Я теряю в весе	1234
8. Меня беспокоят запоры	1234
9. Мое сердце бьется быстрее, чем обычно	1234
10. Я устаю без всяких причин	1234
11. Я мыслю так же ясно, как и всегда	1234
12. Мне легко делать то, что я умею	1234
13. Я чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1234
14. Я надеюсь на будущее	1234
15. Я более раздражителен, чем обычно	1234
16. Мне легко принимать решения	1234
17. Я чувствую, что полезен и необходим	1234
18. Я живу достаточно полной жизнью	1234
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если меня не будет	1234
20. Меня и сейчас радует то, что радовало всегда	1234

Обработка результатов. Уровень депрессии (УД) = Сумма "прямых" вопросов по пунктам: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19 + Сумма "обратных" (инверсия баллов!): 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Интерпретация. Нормативные данные, полученные на 200 здоровых испытуемых, указывают, что средняя величина индекса снижения настроения равна 40.25 ± 5.99 балла. Весь объем шкальных оценок делится на четыре диапазона:

- ниже 50 баллов - состояние без депрессии;
- 50-59 баллов - легкая депрессия ситуативного или невротического генеза;
- 60-69 баллов - субдепрессивное состояние или маскированная депрессия;
- выше 70 баллов - истинное депрессивное состояние.

-

ШКАЛА АСТЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (ШАС)

Автор - Малкова Л. Д. Адаптация - Чертова Т. Г.

Инструкция. Внимательно прочитайте каждое предложение и, оценив его применительно к вашему состоянию в данный момент, поставьте знак "+" в одну из четырех граф: "Нет, неверно", "Пожалуй, так", "Верно", "Совершенно верно".

1. Я работаю с большим напряжением.
2. Мне трудно сосредоточиться на чем-либо.
3. Моя половая жизнь не удовлетворяет меня.
4. Ожидание нервирует меня.
5. Я испытываю мышечную слабость,
6. Мне не хочется ходить в кино или в театр.
7. Я забывчив.
8. Я чувствую себя уставшим.
9. Мои глаза устают при длительном чтении.
10. Мои руки дрожат.
11. У меня плохой аппетит.
12. Мне трудно быть на вечеринке или в шумной компании.
13. Я уже не так хорошо понимаю прочитанное.
14. Мои руки и ноги холодные.
15. Меня легко задеть.
16. У меня болит голова.
17. Я просыпаюсь утром усталым и не отдохнувшим.
18. У меня бывают головокружения.
19. У меня бывают подергивания мышц.
20. У меня шумит в ушах.
21. Меня беспокоят половые вопросы.
22. Я испытываю тяжесть в голове.
23. Я испытываю общую слабость.
24. Я испытываю боли в темени.
25. Жизнь для меня связана с напряжением.
26. Моя голова как бы стянута обручем.
27. Я легко просыпаюсь от шума.
28. Меня утомляют люди.
29. Когда я волнуюсь, то покрываюсь потом.
30. Мне не дают заснуть беспокойные мысли.

Обработка результатов. После заполнения тестового бланка производится подсчет путем суммирования набранных испытуемым баллов: "Нет, неверно" - 1 балл; "Пожалуй, так" - 2 балла; "Верно" - 3 балла; "Совершенно верно" - 4 балла.

Интерпретация Статистические данные, полученные на 300 здоровых испытуемых, показали, что средняя величина индекса астении равна $37,22 \pm 6,47$ балла. 30-50 баллов: отсутствие астении; 51-75 баллов слабая астения; 76-100 баллов умеренная астения; 101-120 баллов выраженная астения

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ (BDI)

Автор - Бека А. Т.

Инструкция. Прочитайте каждое утверждение, помещенное против

порядковых цифр, и выберите такое, которое наиболее точно определяет ваше самочувствие в настоящий момент. В рамках пронумерованных позиций можно выбрать несколько утверждений. Итак, сначала познакомьтесь со всеми буквенными пунктами раздела, а затем решите, что истинно по отношению к вам.

1. а) я не испытываю печали;
б) я испытываю печаль;
в) я все время испытываю печаль и не могу отделаться от нее;
г) я испытываю невыносимую печаль.
2. а) я спокойно думаю о будущем;
б) мысли о будущем вызывают у меня тревогу;
в) мне нечего ждать и не на что надеяться;
г) я не жду ничего хорошего в будущем;
3. а) я не считаю себя неудачником;
б) мне кажется, что я терплю неудачи чаще, чем большинство людей;
в) моя жизнь - сплошная цепь неудач;
г) я считаю себя полным неудачником.
4. а) я получаю удовольствие от любимых вещей и занятий;
б) я не получаю прежнего удовольствия от любимых вещей и занятий;
в) ничто не доставляет мне удовольствия;
г) любое занятие вызывает у меня тоску и печаль.
5. а) я не испытываю чувства вины;
б) я довольно часто чувствую себя виноватым;
в) я очень часто чувствую себя виноватым;
г) меня гложет постоянное чувство вины.
6. а) я не считаю, что я заслуживаю наказания;
б) я допускаю, что я заслуживаю наказания;
в) я все время жду наказания;
г) я чувствую, что судьба наказывает меня
7. а) я вполне доволен собой;
б) я недоволен собой;
в) я противен себе;
г) я ненавижу себя.
8. а) я не думаю, что я хуже других людей;
б) я критикую себя за слабости и ошибки;
в) я постоянно ругаю себя за разного рода проступки и ошибки;
г) я ругаю себя за все плохое, что происходит вокруг.
9. а) у меня не возникает мысли о самоубийстве;
б) у меня появляются мысли о том, чтобы покончить с собой, но я не сделаю этого;
в) я хочу покончить с собой;
г) я бы покончил с собой, если бы представилась возможность.
10. а) я плачу не чаще обычного;
б) я плачу чаще обычного;
в) я все время плачу;
г) раньше я часто плакал, но теперь не могу заплакать, даже когда мне хочется плакать.
11. а) я испытываю раздражение не чаще обычного;
б) я раздражаюсь легче обычного,
в) в настоящее время я постоянно испытываю чувство внутренне го

недовольства и раздражение,
г)то, что раньше вызывало у меня раздражение, теперь глубоко безразлично мне.

12. а) я не утратил интереса к людям;
б)люди интересуют меня меньше, чем прежде;
в)я почти утратил интерес к людям;
г)люди глубоко безразличны мне.
13. а) мне не стало труднее принимать решения;
б)теперь я чаще обычного медлю с принятием решений;
в)я с огромным трудом принимаю решения;
г)я не в состоянии принимать решения.
14. а) я не считаю, что выгляжу хуже обычного;
б) меня беспокоит, что я выгляжу хуже обычного и кажусь старше своих лет;
в)я чувствую, что с каждым днем выгляжу все хуже и хуже;
г)я убежден, что выгляжу ужасно.
15. а) мне работается так же, как прежде;
б)теперь мне приходится заставлять себя приниматься за работу;
в)я с трудом заставляю себя приняться за работу;
г)я не в состоянии работать.
16. а) я сплю не меньше и не хуже обычного;
б)я сплю хуже обычного;
в)я просыпаюсь на 1 -2 часа раньше обычного, и мне трудно снова заснуть;
г)я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и уже не могу заснуть.
17. а) я устаю не больше обычного;
б) я устаю быстрее, чем обычно;
в) я устаю от любого занятия;
г) я чувствую себя таким усталым, что не в состоянии чем-либо заниматься.
18. а) у меня нормальный аппетит;
б)мой аппетит стал хуже;
в)у меня почти нет аппетита;
г)у меня совсем нет аппетита.
19. а) мой вес остается почти неизменным:
б) в последнее время я несколько похудел (а) (более чем на 2 кг);
в) в последнее время я значительно похудел (а) (более чем на 4 кг).
г)за последнее время я похудел (а) очень сильно (более чем на 6 кг).
20. а) мое здоровье не дает мне особых поводов для беспокойства;
б)меня беспокоят имеющиеся у меня физические симптомы (боли, расстройства желудка,запоры и т. д.);
в) я очень обеспокоен имеющимися симптомами, и мне трудно думать о чем-то другом;
г) меня так беспокоит состояние моего здоровья, что я не могу думать ни о чем другом.
21. а) я сохранил обычный интерес к сексу;
б)сейчас секс интересует меня меньше, чем обычно;
в)мой интерес к сексу заметно снизился;
г)я полностью утратил интерес к сексу

Обработка результатов. За ответ "а" начисляется 0 баллов, "б" -1 балл, "в" - 2

балла, "Г" - 3 балла.

Подсчитывается общая сумма набранных баллов (в том случае, если в отдельных позициях испытуемый выбрал не одно, а несколько утверждений, они считаются тоже).

Интерпретация. Верхняя граница нормы - 9 баллов. По данным Векс'а средний показатель для группы лиц с умеренной и глубокой депрессией равен 30,2 балла.

Практическая подготовка № 28, 29

Познавательные процессы: ощущение, восприятие, память. Часть 1, 2

Теоретическая часть

Познавательные процессы - это психические явления, обеспечивающие, непосредственно в своей совокупности, познание, т.е. восприятие информации, ее переработку, хранение и использование. К их числу относятся: ощущения, восприятия, представления, внимание и память, воображение и мышление.

Важнейшая функция всех познавательных процессов состоит в том, чтобы сообщать сведения разного толка об окружающей действительности и о нас самих для планирования дальнейших действий.

Фундаментом всех познавательных процессов являются ощущения. Окружающий нас мир широк и многообразен; сложен и запутан. Чтобы научиться ориентироваться и жить в этом мире, надо с чего-то начинать. Эту функцию ориентации в самых простых, элементарных свойствах окружающей жизни выполняют ощущения.

Свойства и признаки окружающих предметов и явлений – цвета, запахи, вкус, тепло, звуки – человек познает через ощущения. Если бы мы не имели ощущений, мы не смогли бы получить картину мира

Ощущения – это простейший психический процесс, отражающий отдельные свойства предметов и явлений при непосредственном воздействии раздражителей на органы чувств. Ощущениями обладают все живые существа, имеющие нервную систему. Но осознают свои ощущения только те, которые имеют головной мозг, а главное кору головного мозга.

Органы чувств человека с самого рождения приспособлены воспринимать и перерабатывать самые разнообразные воздействия – раздражители.

Так, человек обладает зрением. Сетчатка глаза фиксирует цвета, их яркость, контраст, движение и величину предметов. Ясной темной ночью человек способен увидеть пламя свечи, находящейся на расстоянии 27 км.

Для того чтобы ощущение возникло, необходимо воздействие раздражителя определенной силы.

Минимальная величина раздражителя, которая вызывает едва заметное ощущение, называется нижним абсолютным порогом чувствительности. – У каждого, как мы выяснили, этот порог свой.

Верхний порог чувствительности – это максимальная величина раздражителя, при которой ощущение еще сохраняет свои качественные характеристики.

Ощущение возникает, когда какой-то предмет или явление воздействует своим определенным свойством – вкусом, запахом, цветом, температурой и т.д. – на рецептор. В рецепторе раздражаются специальные чувствительные клетки. Так возникает раздражение – физический процесс. Под влиянием раздражения возникает физиологический процесс – возбуждение. По афферентным нервам возбуждение передается в соответствующий участок коры головного мозга, где превращается в психический процесс – ощущение, и человек ощущает то, или иное свойство предмета или явления.

Уже в древней Греции знали пять органов чувств и соответствующие им ощущения. Зрительные, слуховые, осязательные, вкусовые и обонятельные.

В настоящее время известны тактильные (ощущения прикосновения, давления, шероховатости, твердости), болевые, температурные, вестибулярные (равновесия и ускорения), вибрационные и другие.

По месту расположения рецепторов ощущения подразделяются на три группы:

1. Экстерорецептивные – ощущения, располагающиеся на поверхности тела. Они отражают информацию о свойствах объектов из внешнего мира (зрительные, слуховые, тактильные).

2. Проприоцептивные – ощущения, располагающиеся в мышцах и связках. Они передают информацию о положении тела и движении (кинестетические, вестибулярные).

3. Интерорецептивные – ощущения, расположенные во внутренних органах. Они отражают информацию о состоянии внутренних органов (боль, жжение, тошнота).

Ощущение – это тот процесс, который дает знание об элементарных простых свойствах окружающей среды: о звуках вообще, о запахах вообще, о цветах вообще и т.д. Но позвольте, скажете вы, я же вижу не вообще цвет, я вижу цветную вещь. Я слышу не просто звук – я слышу речь, музыку, шум, наконец. Это именно так. Хотя процесс ощущения предоставляет нам возможность чувственно отразить отдельные свойства действительности, в жизни мы воспринимаем не отдельные свойства, а реальные вещи.

Восприятие – это такая способность человека, которая позволяет получить целостное представление о вещах.

Восприятие – это сложный психический процесс отражения целостного образа предметов и явлений со всеми их свойствами и качествами при непосредственном воздействии раздражителя на органы чувств.

В процесс восприятия включаются память, мышление, ранее приобретенные опыт и знания. Восприятие всегда является активным и даже творческим процессом.

Большое влияние на процесс восприятия оказывает эмоциональное состояние. Если человек находится в состоянии депрессии, он пессимистичен, предчувствует какие-то неприятности, при этом склонен даже радостные события видеть в черном цвете. И наоборот. Если человеку хорошо и приятно, то окружающий мир и людей, он склонен воспринимать как?

Такие качества восприятия, как быстрота, точность и полнота, во многом зависят от знания и опыта человека. Поэтому, опытный медработник и начинающий, могут видеть неодинаковые проявления болезни. Теперь вы понимаете, почему так важно хорошо знать теорию. Кто-то из мудрых сказал: «Теория без практики пуста, а практика без теории преступна».

Восприятие, проводимое с определенной целью, называется наблюдением. Для медработника наблюдательность является профессионально-важным качеством, которое нужно постоянно развивать в себе.

Наблюдательность медперсонала поможет увидеть изменения болезненных проявлений пациента: цвет лица, особенности мимики, походки и других признаков, что имеет важное значение для диагностики.

Память лежит в основе любого психического явления. Личность, ее отношения, навыки, привычки, надежды и желания существуют благодаря памяти. Нарушения процессов памяти влечет за собой распад личности. Не случайно в древнегреческой мифологии матерью всех муз является всех богиня Мнемозина. Согласно легенде, если человек лишается дара Мнемозины, то вся мудрость и красота мира становятся, для него недоступны, исчезают прошлое и будущее.... Рассказывают, что где-то в Греции, близ одной из пещер есть два источника: Леты – забвения и Мнемозины – памяти. Если добраться до той пещеры и сделать три глотка из источника Мнемозины, память вернется, и человек получит способность творить.

Память – это форма психического отражения прошлого опыта, которая заключается в запоминании, сохранении, последующем воспроизведении и забывании того, что было воспринято, пережито, или сделано.

Память связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим. Память является важнейшим познавательным процессом, лежащим в основе развития и обучения. Не случайно. И.М.Сеченов считал память «краеугольным камнем психического развития». Поэтому будущий медработник должен всячески развивать и тренировать свою память для эффективного выполнения своей профессиональной деятельности.

Память участвует во всем многообразии жизнедеятельности человека и проявляется в самых разнообразных формах.

По длительности сохранения материала выделяют кратковременную, долговременную, оперативную память.

Кратковременная память предполагает сохранения информации от нескольких секунд до 1-2 суток.

Долговременная память практически имеет неограниченный объем и время хранения (хорошо выученные стихи или таблица умножения сохраняются в памяти в течение жизни).

Оперативная память включает в себя элементы как кратковременной, так и долговременной памяти и проявляется в процессе конкретной деятельности, для решения конкретной задачи. Чтобы сохранять информацию в оперативной памяти, человек должен систематически ее повторять.

По целям деятельности выделяют произвольную и произвольную память.

Непроизвольное запоминание – это запоминание, которое осуществляется без специальных усилий, без желания запоминать.

Произвольное запоминание характеризуется наличием мотива (надо), имеет целенаправленный характер и сопровождается произвольным вниманием. Именно такой вид памяти лежит в основе обучения.

По способу запоминания различают механическую и смысловую память. Механическую память человек успешно использует при запоминании дат, номеров телефонов, адресов и других сведений, которые не требуют понимания. Если речь идет о телефоне, то, что тут понимать? А еще использует тогда, когда материал непонятен или отсутствует желание его усвоить («зубрежка»).

Смысловая (логическая) память состоит в анализе (понимании) того, что следует запомнить. Такая память включает в себя логическое осмысление, систематизацию материала, разбивку на части, выделение главных логических компонентов информации, установление связей между частями, пересказ своими словами.

Прочность запоминания зависит во многом от повторения. Заучивая большие объемы информации, следует делить ее на части и заучивать по частям, соединяя, затем в единое целое. Прочность зависит также от способа запоминания, от целей и мотивов.

В зависимости от преобладающего типа психической активности выделяют следующие типы памяти: образная, эмоциональная, двигательная и словесно-логическая.

Образная память – это такой тип памяти, в основе которой лежат ощущения, восприятия, представления. Человек с образной памятью хорошо запоминает лица, вид, цвет предметов, звуки, запахи. В зависимости от того, какой орган чувств, служит основой запоминания и воспроизведения, выделяют зрительную, слуховую, обонятельную, осязательную и вкусовую память.

Эмоциональная – это память на эмоции. Доказано, что лучше запоминаются факты и ситуации, имеющие положительную окраску.

Двигательная память– это память на движения. Включается в работу при выработке двигательных навыков (ходьбы, письма, танцевальных и спортивных движений).

Словесно-логическая память – это память на словесный, абстрактный материал. Это категории, понятия, суждения. Это ведущий тип памяти у человека.

По данным психологов, чем больше типов памяти использует человек при запоминании, тем прочнее сохраняется и лучше воспроизводится материал. Кроме этого, на процессы памяти оказывают большое влияние свойства и особенности личности. Наша память зависит от уровня развития

эмоциональной, волевой и интеллектуальной сфер. Развивая и совершенствуя эти сферы, мы объективно способствуем улучшению своей памяти. Однако, каким бы видом памяти не обладал человек, он ничего не сможет запомнить. Если не будет внимательным.

Вопросы к практической подготовке

1. Все мы имеем возможность воспринимать красоту, чувствовать запах цветов, анализировать события и свои поступки, забывать плохое и запоминать хорошее и многое другое. Благодаря чему, мы имеем такую возможность?

2. Что такое познавательные процессы? Даем определение.

3. Что такое ощущения

4. Сколько, например, нужно положить в стакан с водой крупинок сахара, чтобы вы почувствовали сладость?

5. Каков механизм возникновения ощущения

6. Уже в древней Греции знали пять органов чувств и соответствующие им ощущения. Назовите их

7. По месту расположения рецепторов ощущения подразделяются на три группы. Назовите их.

8. Итак, мы говорили, что каждый из нас имеет свой порог чувствительности. Как вы думаете, можно ли изменить порог чувствительности? Как?

9. Может ли медработник использовать свои ощущения в профессиональной деятельности?

10. Как вы думаете, почему, посещение одной и той же выставки вызовет совершенно разные рассказы о ней?

11. Вспомните, кто из литературных героев обладал исключительной наблюдательностью?

12. Как повысить прочность запоминания?

13. Как вы думаете, какой тип памяти лучше?

Задания к практической подготовке

1. Подбери самостоятельно рифму к словам: – каша, вой, подушка, сок; – снег, кошка, кружок, миска; – речка, тучка, бочка.

Назови как можно больше слов, которые начинаются на звук А (Т, О, Р, К и т.д.).

Назови как можно больше слов, которые заканчиваются на звук П (И, О, С, Л и т.д.).

Назови как можно больше слов, в середине которых есть звук Л (Н, Э, Г, Б, Ф и т.д.).

Задание № 2

Ниже перечислены различные черты характера:

чувство чести, собственное достоинство, превосходство, гуманность, добросовестность, эгоизм, бережливость, лень, замкнутость, правдивость, честность, скромность, инициативность, ответственность, аккуратность, высокомерие, общительность, доверчивость, доброжелательность.

Определите, какие из них выражают

- а) отношение человека к другим людям;
- б) отношение к труду;
- в) отношение к своей личности;
- г) к вещам.

Задание № 3

Распределите черты характера по группам: Позитивные Негативные Нейтральные

Серьезный, уживчивый, надежный, дисциплинированный, общительный, честный, забывчивый, подлый, великодушный, забывчивый, эгоистичный, терпимый, оптимистичный, застенчивый, опрятный, агрессивный, активный, умный, неопрятный, предприимчивый.

Задание № 4

Поразмышляйте о черта своего характера, особенностей характера своих родителей, преподавателей, одноклассников, друзей

Задание № 5

Ответе на контрольные вопросы:

1. Свойства характера определяются не биологически, а общественными закономерностями. Приведите примеры, показывающие, что характер формируется в течение жизни путем воспитания, а не является врожденным и неизменным
2. Почему люди ведут себя по - разному в одинаковых ситуациях ?

Практическая подготовка № 30, 31
Познавательные процессы: внимание, мышление, воображение.
Часть 1, 2

Теоретическая часть

Внимание – это направленность сознания психической деятельности человека на определенные объекты с одновременным отвлечением от других. Человек сознательно или неосознанно сосредотачивается на тех или иных предметах и явлениях внешнего мира или собственных ощущениях, отвлекаясь от всего остального.

Внимание нельзя считать самостоятельным процессом, подобно восприятию, или памяти. Внимание не существует вне этих процессов. Нельзя быть просто внимательным, независимо от восприятия, памяти или мышления. Внимание проявляется в конкретных психических процессах, создавая оптимальные условия для психической деятельности.

Физиологической основой внимания является концентрация возбуждения в определенных участках коры головного мозга, в то время, как остальные участки коры находятся в состоянии торможения.

Психологи выделяют три вида внимания: произвольное, непроизвольное и после произвольное.

Произвольное внимание – это внимание, связанное с сознательно поставленной целью, с волевым усилием.

Непроизвольное внимание – это внимание, которое характеризуется тем, что психическая деятельность идет как бы сама по себе, без волевых усилий, без стремления быть внимательным.

Послепроизвольное внимание - это внимание, естественно сопровождающее деятельность человека. Возникает тогда, когда деятельность вызывает интерес. В этом случае, напряжение, вызванное волевым усилием, исчезает, и человек продолжает целенаправленно работать.

Внимание привлекает новизна впечатлений, интенсивность звуков и яркие краски, все необычное и неожиданное. Если нам скучно, нам трудно сосредоточить свое внимание, а интерес повышает степень его концентрации. Внимание может рассеиваться, если мы плохо себя чувствуем или нам мешают. Чем дольше мы занимаемся одним делом, тем менее внимательны. Поэтому важно переключать свое внимание время от времени. Самое главное: каждый человек обращает внимание, прежде всего на то, что связано с его профессиональными интересами.

Внимание обладает рядом свойств.

1. Концентрация – это степень сосредоточения на объекте. Например, если во время занятия вы слышите любой шорох, вертитесь, не понимаете объяснения, значит, вы не сосредоточились. Иногда степень сосредоточения бывает абсолютно полной, и тогда окружающий мир для человека исчезает.

2. Объем внимания – это то, количество объектов, которое может быть схвачено вниманием одновременно. Средний объем внимания – 5-9.

3. Переключение – это сознательный перенос внимания с одного объекта на другой.

4. Распределение – это способность удерживать в сфере внимания одновременно несколько объектов, выполнять несколько видов деятельности. Например, Юлий Цезарь умел одновременно вести беседу, слушать донесения и писать речь.

5. Устойчивость – это длительное сосредоточение внимания на объекте. Часто внимание у конкретного человека превращается в важную личностную черту – внимательность. Для медработника эта черта является профессионально важным качеством. Противоположное внимательности свойство – это рассеянность. – Что можно сказать о таком человеке? Существует множество историй о рассеянности талантливых людей, например, ученых (А.П.Бородин, И.Ньютон).

Обладание разумом, умение думать является важнейшим отличием человека от других живых существ. Мышление позволяет человеку приспособляться к окружающей среде, ставить цели и достигать их, проникать в сущность вещей и явлений, общаться с другими людьми.

Мышление – это опосредованное и обобщенное отражение человеком действительности в ее существенных связях и отношениях. Мышление рассматривается как процесс, а мысль как результат этого процесса.

Окружающий нас мир мы познаем с помощью ощущений и восприятий. Мы видим предмет, пробуем его на ощупь, на вкус; воспринимаем цвет и форму и таким образом узнаем его свойства, качества, особенности. Но таким путем мы можем воспринимать лишь единичные факты окружающего мира. В процессе мышления, человек выходит за рамки чувственного познания, т.е. начинает познавать такие явления внешнего мира, их свойства и отношения, которые непосредственно в восприятии не даны, и потому не наблюдаемы.

Альберт Эйнштейн на вопрос сына, чем он знаменит, ответил: «Слепой жук, ползущий по поверхности шара, считает, что он передвигается по плоскости, а мне удалось увидеть эту поверхность кривой».

В мышлении мы имеем дело с отражением наиболее общих и существенных свойств, предметов и явлений. – Подумайте, что объединяет нас всех, таких разных? Все мы являемся живыми, разумными существами – людьми. Произнося слово «человек», мы сразу понимаем, что речь идет о живом существе, обладающим сознанием, умеющим говорить, трудиться и т.д. Это и есть обобщенное представление о том, кто такой человек.

Мышление является не только процессом обобщенного, но и опосредованного познания действительности. Опосредованность нашего мышления заключается в том, что мы отражаем действительность, опираясь на уже известные, накопленные человечеством, знания и умения, закрепленные в языке. Овладевая речью, языком, мы учимся мыслить. И наоборот: «Кто ясно мыслит, тот ясно излагает». Речь позволяет в одном слове, фразе отразить целый класс понятий, смысл тех или иных явлений. Мышление позволяет предвидеть ход событий и результаты наших собственных действий. Так, например, невозможно наблюдать многие болезненные процессы, происходящие в организме человека, однако, изучая симптомы болезни, анализируя причинно-следственные отношения, врач делает вывод об истоках заболевания и способах его лечения.

Мыслительная деятельность протекает в виде умственных (мыслительных) операций.

Рассмотрим основные мыслительные операции:

Анализ – это мысленное расчленение целого на части. В его основе лежит стремление познать целое глубже путем изучения каждой его части.

Синтез – это мысленное соединение частей в единое целое.

Сравнение – это установление сходства и различия между предметами и явлениями, их свойствами или качественными особенностями.

Абстракция – это мысленное выделение существенных свойств предметов и явлений при одновременном отвлечении отнесущественных. Мыслить абстрактно – значит уметь какое-то свойство, сторону познаваемого объекта рассмотреть вне связи с другими особенностями того же предмета.

Обобщение – мысленное объединение предметов или явлений на основе общих и существенных для них свойств и признаков, процесс сведения менее общих понятий в более общие.

Конкретизация – это выделение из общего, того или иного конкретного признака или свойства.

Систематизация (классификация) – это мысленное распределение предметов и явлений по группам в зависимости от сходства и различий.

Все мыслительные процессы протекают не изолированно, а в различных сочетаниях.

Различают следующие виды мышления:

Наглядно-действенное мышление – вид мышления, предполагающий решение умственных задач в плане практической деятельности.

Наглядно-образное – вид мышления, которое не требует систематического практического манипулирования с объектом, но во всех случаях предполагает отчетливое восприятие и представление этого объекта. Такое мышление оперирует наглядными изображениями – рисунками, схемами, планами.

Логическое (абстрактное) мышление – это вид мышления, который опирается на понятия и рассуждения, а также логические действия с ними для получения выводов и умозаключений.

Основными формами абстрактного мышления являются понятия, суждения и умозаключения.

Понятие – это такая форма мышления, отражающая наиболее общие признаки и свойства предметов или явлений объективного мира, выраженная словом.

Суждение – это форма мышления, в которой отражаются связи между понятиями, выраженная в виде утверждения или отрицания. Обычно суждение состоит из двух понятий: подлежащего и сказуемого. Например, «халат белый». Всякое суждение может быть истинным или ложным, т.е.

соответствовать или не соответствовать реальности. Например: «Некоторые студенты – отличники», «Все здания – памятники архитектуры».

Умозаключение – это форма мышления, посредством которой из двух и более суждений выводится новое суждение – заключение. Умозаключение, как новое знание, мы получаем путем выведения из уже имеющихся знаний.

Например: «Все рыбы дышат жабрами»

«Окунь – рыба» «Окунь дышит жабрами».

Индивидуальными особенностями мышления принято считать следующие качества ума: глубина, критичность, гибкость, широта ума, быстрота, оригинальность и пытливость.

Воображение – это психический процесс создания новых образов предметов и явлений, путем преобразования уже имеющихся. Это опережающее отражение действительности в новых, неожиданных и непривычных сочетаниях и связях.

Подобно мышлению, воображение – это аналитико-синтетическая деятельность, которая осуществляется под влиянием сознательно поставленной цели, либо чувств и переживаний, которые владеют человеком в данный момент.

Чаще всего воображение возникает в проблемной ситуации, когда требуется быстрый поиск решения. Однако, в отличие от мышления, опережающее отражение (опережающие конкретные практические действия) в воображении происходит в виде ярких представлений. Благодаря воображению, еще до начала работы, мы можем себе представить готовый результат труда.

Выделяют два вида воображения: активное и пассивное.

Активное воображение характеризуется произвольностью возникновения, при активном участии сознания и воли. Человек ставит перед собой цель: придумать, представить нечто в виде образа, и, контролируя весь процесс, решает определенную задачу (творчество писателей, художников).

Активное воображение бывает воссоздающим, при котором образ предмета или явления создается со слов, по описанию; и творческим.

Творческое воображение – это воображение, при котором создаются совершенно новые образы, в целом и по частям отличающиеся от всего известного.

Пассивное воображение характеризуется произвольностью возникновения образов без участия сознания и воли (сновидения, галлюцинации, образы, возникающие в бреду).

Воображение обладает психотерапевтической функцией. Через воображение можно оказывать положительное влияние на психическое

состояние и поведение человека. Произвольно вызывая у себя определенные образы, человек может изменить свое собственное физическое и психическое состояние. Например, представляя себе жаркое лето, мы можем ощутить тепло; воображая, что находимся на морозе, почувствуем холод. Нередко встречаются факты внушения различных болезней. Так, студенты-медики в первые годы обучения, находят у себя множество различных болезней. Особенно ярко это проявляется у лиц впечатлительных, с богатым воображением.

Наконец, воображение позволяет в какой-то степени удовлетворять человеку свои потребности. Если, например, человека кто-то обидел, то, воображая, что бы он сказал обидчику, человек, в известной степени, удовлетворит потребность отомстить и это его успокоит.

Известны случаи, когда неосторожное высказывание врача вызывало у пациента мысль о том, что он заболел опасной болезнью. При этом могут развиваться соответствующие симптомы, и возникнет, т.н. ятрогенное заболевание. Таким образом, в лечебно-профилактических учреждениях при общении с пациентом, медработник всегда должен четко взвешивать и обдумывать каждое слово.

Вопросы к практической подготовке

1. Назовите три вида внимания
2. Что вызывает наше внимание?
3. Внимание обладает рядом свойств. Назовите их
4. Существует множество историй о рассеянности талантливых людей, например, ученых (А.П.Бородин, И.Ньютон). Чем, по-вашему, объясняется такая рассеянность?
5. Познакомьтесь с высказыванием. Прокомментируйте его: «Если бог хочет наказать человека, он лишает его разума»...
6. Что такое мысль? Мышление? Надо ли специально учиться думать и можно ли этому научиться?
7. Назовите основные мыслительные операции
8. Назовите виды мышления
9. Расскажите о воображении и его видах

Задания к практической подготовке

Упражнения, направленные на развитие мышления

1. Составление предложений

Эта игра развивает способность быстро устанавливать разнообразные, иногда совсем неожиданные связи между привычными предметами, творчески создавать новые целостные образы из отдельных разрозненных элементов.

Берутся наугад три слова, не связанные по смыслу, например, «озеро», «карандаш», «медведь». Надо составить как можно больше предложений, которые обязательно включали бы в себя эти три слова (можно менять падеж и использовать другие слова).

Ответы могут быть банальными («Медведь упустил в озеро карандаш»), сложными, с выходом за пределы ситуации, обозначенной тремя исходными словами, и введением новых объектов («Мальчик взял карандаш и нарисовал медведя, купающегося в озере»), и творческими, включающими эти предметы в нестандартные связи («Мальчик, тонкий, как карандаш, стоял возле озера, которое ревело, как медведь»).

2. Исключение лишнего

Берутся любые три слова, например, «собака», «помидор», «солнце». Надо составить только те слова, которые обозначают в чём – то сходные предметы, а одно слово, «лишнее», не обладающее этим признаком, исключить. Следует найти как можно больше вариантов исключения лишнего слова, а главное – больше признаков, объединяющих каждую оставшуюся пару слов и не присущих исключённому, лишнему. Не пренебрегая вариантами, которые сразу же напрашивающимися (исключить «собаку», а «помидор» и «солнце» оставить, потому что они круглые), желательно поискать нестандартные и в то же время очень меткие решения.

Побеждает тот, у кого ответов больше.

Эта игра развивает способность не только устанавливать неожиданные связи между разрозненными явлениями, но легко переходить от одних связей к другим, не закливаясь на них. Игра учит также одновременно удержанию в поле мышления сразу несколько предметов, и сравнивать их между собой. Немаловажно, что игра формирует установку на то, что возможны совершенно разные способы объединения и расчленения некоторой группы предметов, и поэтому не стоит ограничиваться одним – единственным «правильным» решением, а надо искать целое их множество.

3. Поиск аналогов

Называется какой – либо предмет или явление, например, «вертолёт». Необходимо выписать как можно больше его аналогов, т.е. других

предметов, сходных с ним по различным существенным признакам. Следует также систематизировать эти аналоги по группам в зависимости от того, с учётом какого свойства заданного предмета они подбирались. Например, в данном случае могут быть названы «птица», «бабочка», (летают и садятся); «автобус», «поезд» (транспортные средства); «штопор (важные детали вращаются) и другое. Побеждает тот, кто назвал наибольшее число групп аналогов.

Эта игра учит выделять в предмете самые разнообразные свойства и оперировать в отдельности с каждым из них, формирует способность классифицировать явления по их признакам.

4. Способы применения предмета

Называется какой – либо хорошо известный предмет, например, «книга». Надо назвать как можно больше различных способов его применения: книгу можно использовать как подготовку для кинопроектора, можно ею прикрыть от посторонних глаз бумаги на столе и т. д. Следует ввести запрет на называние безнравственных, варварских способов применения предмета. Побеждает тот, кто укажет большее число различных функций предмета. Эта игра развивает способность концентрировать мышление на одном предмете, умение вводить его в самые разные ситуации и взаимосвязи, открывать в обычном предмете неожиданные возможности.

Упражнения, направленные на развитие воображения

1. Незаконченные фигуры

Детям раздаются листы бумаги с нарисованными на них фигурками (кругами, квадратами, треугольниками, разными ломаными линиями и т. д.). У каждого ребёнка наборы фигурок должны быть одинаковыми. Дети должны за 5 – 10 минут пририсовать к фигуркам всё, что угодно так, чтобы получились предметные изображения. Когда ребёнок сдаёт листочек, экспериментатор обязательно спрашивает, как можно назвать каждый из восьми рисунков и подписывает под каждой картинкой её название.

2. Изучение географической карты

Ребёнку даётся карта – туристская маршрутная схема, с изображением какой – либо реки. По берегам реки нанесены схематические изображения городов, деревень, железной дороги, мостов и т. д. Детям говорят: «Видишь, по реке плывёт теплоход. Представь себе, что ты стоишь на палубе, смотришь на берега. И вот обо всём, что ты видишь и чувствуешь, расскажи, пожалуйста, мне».

Возможны такие варианты рассказов:

Дети добросовестно перечисляют всё, что видят на карте, ничего не добавляя от себя, никаких образов у них не возникает.

Сюжетный рассказ отсутствует, но дети рассказывают много, иногда очень эмоционально, свободно представляют себя плывущим на теплоходе. Дети дают связный рассказ о воображаемом путешествии. Такие рассказы эмоциональны, красочны, большую роль в них играет воображение, но оно постоянно контролируется сознанием, которое направляет его в определенное русло.

3. «Волшебные кляксы»

До начала игры изготавливается несколько клякс: на середину листа бумаги выливается немного чернил или туши, и лист складывается пополам. Затем лист разворачивается, и можно начинать игру. Играющие по очереди говорят, какие именно предметные изображения они видят в кляксе или в отдельных её частях.

4. Завершение рассказа

Детям предлагается начало, какого – либо рассказа. Например: «Стоял ясный солнечный день. По улице шла девочка и вела на поводке смешного щенка.

Вдруг откуда ни возьмись...».

Необходимо придумать продолжение и окончание рассказа. Время работы – 10 минут.

Рассказ можно оценить по следующим критериям:

- законченность рассказа;
- яркость и оригинальность образов;
- необычность поворота и сюжета;
- неожиданность концовки.

5. Составление рассказа с использованием отдельных слов

Детям предлагаются отдельные слова.

Например:

а) девочка, дерево, птица;

б) ключ, шляпа, лодка, сторож, кабинет, дорога, дождь.

Нужно составить связный рассказ, используя эти слова.

Список рекомендуемой литературы

Список основной литературы

1. Петрова, Н.Н. Психология для медицинских специальностей: учебник / Петрова Н.Н. - Москва: КноРус, 2021. <https://book.ru/book/938647>

Список дополнительной литературы

1. Гони́на, О.О. Психология: учебное пособие / Гони́на О.О. - Москва: КноРус, 2021. <https://book.ru/book/936797>