

## **Психология общения. Культура профессиональной коммуникации медицинского работника**

Общение - многоплановый процесс развития контактов между людьми.

Общение играет немаловажную роль в жизни и деятельности людей. Без общения невозможно, например, развитие культуры, искусства, уровня жизни, т.к. только при помощи общения, накопленный опыт поколений прошлого времени передаётся новым поколениям. Актуальным вопросом на сегодняшний день является общение медработника и больного. Многим из нас приходилось бывать в больнице, поликлинике или в каком-либо лечебном учреждении, где каждый из нас общался с врачом или медсестрой. Но задумывался ли кто-нибудь, насколько это общение влияет на нас, а точнее на течение нашего заболевания, и каким образом медработник может улучшить наше состояние? Конечно, можно сказать, что всё зависит от лекарств, которые нам назначает врач и выдаёт медсестра, от лечебных процедур также назначаются врачом, но это ещё не всё, что необходимо для полного выздоровления. Самое главное это правильный настрой, который зависит от психического и от эмоционального состояния пациента. На состояние пациента огромное влияние оказывает отношение к нему медработника. И если пациент доволен, например, беседой с врачом, который его внимательно выслушал, в спокойной обстановке и дал ему соответствующие советы, то это уже первый шаг к выздоровлению.

### **Психология общения медицинского работника и больного.**

#### **1. Особенности взаимоотношений в лечебной деятельности**

Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника. Кроме того, лицами, вовлечёнными в контакт с пациентом, могут быть врач, психолог, медсестра, социальный работник.

В лечебной деятельности формируется особая связь, особые отношения между медицинскими работниками и пациентами, это отношения между врачом и больным, медсестрой и больным. Образуется, по словам И.Харди связь «врач, сестра, больной». Повседневная лечебная деятельность многими нюансами связана с психологическими и эмоциональными факторами.

Отношения между врачом и больным являются основой любой лечебной деятельности. (И.Харди).

**Цель контактов между медицинским работником и пациентом** - медицинская помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому. Такие отношения обусловлены в определённой мере и

условиями, в которых ведется лечебная деятельность. Исходя из основной цели лечебного взаимодействия, можно предположить неоднозначность важности контактов в системе взаимодействия медработник - пациент. Однако, не следует понимать, что существует заинтересованность в таком взаимодействии лишь со стороны пациента. Медработник, по идее, не в меньшей мере заинтересован в оказании помощи больному, ведь эта деятельность является его профессией. У медработника есть собственные мотивы и интересы взаимодействовать с пациентом, которые позволили ему выбрать медицинскую профессию.

Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо изучать психологические аспекты подобного взаимодействия. Для медицинской психологии интересны мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также определённые ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения врача или медсестры.

Можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медработниками такого понятия, как коммуникативная компетентность, т.е. способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. Этот процесс подразумевает достижение взаимопонимания между партнёрами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения. Следует отметить, что коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача и медсестры. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна и для самого больного.

При хорошем контакте с врачом пациент скорее выздоравливает, а применяемое лечение имеет лучший эффект, гораздо меньше побочных действий и осложнений. медсестра общение лечебный межличностный

Одной из основ лечебной деятельности является умение медработника понять больного человека.

В процессе лечебной деятельности важную роль играет умение выслушать пациента, что представляется необходимым для формирования контакта между ним и медработником, в частности, врачом. Умение выслушать больного человека не только помогает определить - диагностировать заболевание, которому он может быть подвержен, но и сам по себе процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт врача и пациента.

Важно отметить, что необходимо учитывать и особенности (профильность) заболевания при контакте с пациентом, поскольку в распространённых в клинической медицине терапевтических отделениях находятся больные

самого различного профиля. Это, например, пациенты с заболеваниями сердечно - сосудистой системы, ЖКТ, органов дыхания, почек и др. И нередко их болезненные состояния требуют длительного лечения, что оказывает влияние и на процесс взаимоотношений медработника и больного. Длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у пациентов комплекс различных психогенных реакций.

Но не только эти факторы сказываются на психологической атмосфере и состоянии пациента. В результате психогений может усложняться течение основного соматического заболевания, что, в свою очередь, ухудшает психическое состояние больных. И, кроме того, в терапевтических отделениях на обследовании и лечении находятся больные с жалобами на деятельность внутренних органов, нередко даже не подозревая того, что эти соматические нарушения психогенного характера.

В клинике внутренних болезней специалисты имеют дело с соматогенными и психогенными нарушениями. И в тех, и других случаях больные высказывают большое число различных жалоб и очень настороженно относятся к своему состоянию.

Соматогенно обусловленные психические нарушения чаще возникают у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своём состоянии. В их жалобах, по мимо обусловленных основным заболеванием, много невротоподобных. Например, жалобы на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за своё состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. Отмечаются даже различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Такие нарушения часто наблюдаются у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, у лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки. А невротоподобная симптоматика часто может маскировать клинику основного заболевания. В результате этого феномена больные люди обращаются к специалистам различного профиля.

В обиходе часто приходится слышать о «хорошем» или «правильном» обращении с пациентом. И в противовес к этому, к сожалению, приходится слышать о «бездушном», «плохом» или «холодном отношении к больным людям. Важно отметить, что различного рода жалобы, возникающие этические проблемы свидетельствуют об отсутствии необходимых психологических знаний, а также практики соответствующего общения с пациентами со стороны медработников. Различия взглядов медработника и больного.

Различия точек зрения медработника и пациента могут быть обусловлены их социальными ролями, а также и другими факторами.

Например, врач склонен искать, прежде всего, объективные признаки заболевания. Он старается ограничить анамнез для дальнейшего определения предпосылок для дальнейшего соматического исследования и т.д. А для пациента в центре внимания и интересов всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни. В связи с этим, врач должен рассматривать эти субъективные ощущения как реальные факторы. Он должен даже постараться прочувствовать или уловить переживания больного, понять и оценить их, отыскать причины тревог и переживаний, поддерживать их положительные стороны, также использовать их для более эффективного содействия больному при его обследовании и лечении.

Различия же во всех взглядах и точках зрения врача (медсестры) и пациента вполне закономерны и предопределены, в данной ситуации, их различными соц ролями. Однако, врачу (медсестре) необходимо следить за тем, чтобы эти различия не перешли в более глубокие противоречия. Поскольку эти противоречия могут поставить под угрозу взаимоотношения медперсонала и больного, и тем самым, затрудняя оказание помощи больному, затрудняя лечебный процесс.

Для преодоления различий во взглядах медработнику необходимо не только выслушивать с большим вниманием пациента, но и постараться как можно лучше его понять. Что происходит в душе, мыслях больного человека? Врач должен откликнуться на рассказ пациента со всеми своими знаниями, разумом во всей полноте своей личности. Реакция медработника должна быть резонансом на услышанное.

## **2. Виды общения**

Выделяют следующие виды общения (Самыгин. С.И):

а. «Контакт масок» - это формальное общение. Отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника. Используя привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.). Набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику.

В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в случаях малой заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия. Это может происходить, к примеру, при проведении обязательного профилактического осмотра, в котором пациент чувствует себя несамостоятельным, а врач - не имеющим необходимых данных для проведения объективного и всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения.

б. Прimitивное общение. Оценивают другого человека, как нужнй или мешающий объект, если нужен - то активно вступают в контакт, если мешает - отталкивают.

Подобный вид общения может встречаться в рамках манипуляционного общения врача и пациента в случаях, когда целью обращения к врачу становится получение каких-либо дивидендов. Например, больничного листа, справки, формального экспертного заключения и др. С другой стороны, формирование примитивного вида общения может происходить по желанию врача - в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть благополучие врача. Например, руководитель. Интерес к участнику контакта в подобных случаях пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.

в. Формально-ролевое общение. Регламентированными оказываются и содержание, и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли.

Подобный выбор рода общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой. Например, у участкового врача на приеме.

г. Деловое общение. Общение, учитывающее особенность личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения.

При общении врача пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач рассматривает проблемы больного с позиции собственных знаний, и он склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом.

д. Духовное межличностное общение. Подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения.

Диагностическое и лечебное взаимодействие не подразумевает такого контакта, по крайней мере, не предусматривает в силу профессиональной направленности исповедание медработника.

е. Манипуляционное общение. Так же, как и примитивное направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. Многим может быть известен манипулятивный прием, чаще называемый «ипохондризацией пациента».

Суть его заключается в преподнесении заключения врача о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть:

снижение ожиданий пациента в успехе лечения в связи с избеганием медработником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента

демонстрация необходимости дополнительных и более квалифицированных воздействий со стороны медработника с целью получения вознаграждения.

Общение медработника и пациента, в принципе можно назвать вынужденным общением. Так или иначе, но основным мотивом встреч и бесед больного человека с медработником становится появление у одного из участников такого взаимодействия проблем со стороны здоровья. Со стороны врача и медсестры существует при этом вынужденность выбора субъекта общения, которая обусловлена его профессией, его социальной ролью. И если обращение пациента к врачу, обусловлено, как правило, поиском мед помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями его профессиональной деятельности.

Взаимодействие между пациентом и врачом не есть нечто навсегда заданное. Под воздействием различных обстоятельств они могут изменяться, на них могут повлиять более внимательное отношение к больному, более глубокое внимание к его проблемам. При этом сами хорошие отношения медработника и пациента способствуют и большей эффективности лечения. И наоборот - положительные результаты лечения улучшают взаимодействие между пациентом и медработником.

В настоящее время многие специалисты считают, что необходимо постепенно из процесса общения и лексикона вывести такие понятия, как «больной», заменив понятием пациент, ввиду того, что само понятие «больной» несёт определённую психологическую нагрузку. А обращения к заболевшим людям типа: «Как ваши дела, больной?», применять недопустимо, и необходимо стараться повсеместно заменять такого рода обращения к пациенту обращениями по имени, имени отчеству, тем более, что само имя для человека, его произношение, является психологически комфортным.

### 3. Тактика медицинского работника

Общение с пациентом - важнейший элемент процесса лечения.

Искусство собирания анамнеза - нелёгкое искусство. Выражаясь языком психологов, это управляемый разговор, предназначенный для сбора анамнестических данных, причем управлять разговором следует незаметно. Больной, с которым проводится беседа, не должен этого чувствовать. В процессе сбора анамнеза у него должно создаваться впечатление непринуждённой беседы. При этом врачу необходимо оценить серьёзность жалоб, манеру их предъявления, отделить главное от второстепенного,

убедиться в достоверности показаний, не обижая больного недоверием, помочь вспомнить, не внушая. Всё это требует большого такта, в особенности, когда речь идёт о выяснении душевного состояния, психических травм, играющих большую роль в развитии болезни.

Во время расспроса больного нужно всегда учитывать его культурный уровень, степень интеллектуального развития, профессию и другие обстоятельства. Следует избегать пустых, ничего не значащих слов, притворства не разумным капризам и требованиям некоторых больных. Иными словами, нельзя предложить стандартную форму разговора медработника с пациентом. Здесь необходимы изобретательность и творческое отношение.

Особое внимание следует обратить на больных престарелого возраста и детей. Отношение врача или медсестры к ребёнку, пациенту зрелого возраста и старику, даже при одинаковой болезни, должно быть совершенно различным, что обусловлено возрастными особенностями этих больных.

#### 4. Особенности личности медицинского работника

Следует отметить, что предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медработниками и больными является квалификация, опыт и искусство врача и медсестры. При этом результатом расширяющихся и углубляющихся сведений в современной медицине является повышенное значение специализации, а также создание различных ответвлений медицины, направленных на определенные группы заболеваний в зависимости от локализации, этиологии и способов лечения. Можно отметить, что при этом специализация несёт с собой определенную опасность суженного взгляда врача на больного.

Сама медицинская психология может помочь выровнять эти отрицательные стороны специализации благодаря синтетическому пониманию личности больного и его организма. А квалификация является только инструментом, больший или меньший эффект применения которого зависит от других сторон личности врача. Можно отметить определение доверия больного к врачу, данное Гладким:

«Доверие к врачу - это положительное динамическое отношение больного к врачу, выражающее предыдущим опытом обусловленное ожидание, что врач имеет способности, средства и желание помочь больному наилучшим образом».

Для проявления доверия к медработнику имеет значение первое впечатление, возникающее у пациента при встрече с ним. При этом значение для человека имеет актуальная мимика медицинского работника, его жесты, тон голоса, выражения лица, вытекающие из предыдущей ситуации и не

предназначенные для больного, употребление сленговых речевых оборотов, а также его внешний вид. Например, если больной человек видит врача неопрятного, заспанного, то он может потерять веру в него, часто считая, что человек, не способный заботиться о себе, не может заботиться о других. Различные отклонения в поведении и во внешнем виде пациенты склонны прощать только тем медработникам, которых они уже знают и к которым испытывают доверие.

Медработник приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен. В основном, в тех случаях, когда его манера поведения - настойчивая и решительная, сопровождающаяся человеческим участием и деликатностью. Следует отметить, что принимая серьёзное решение, врач должен представлять себе результаты такого решения, последствия его для здоровья и жизни пациента и повышать в себе чувство ответственности.

Особые требования к медработнику предъявляет необходимость быть терпеливым и владеть собой. Он должен всегда предусмотреть различные возможности развития заболевания и не считать неблагодарностью, неохотой лечиться или даже личным оскорблением его со стороны больного, если состояние пациента не улучшается. Бывают ситуации, когда уместно проявить чувство юмора, однако, без тени насмешки, иронии и цинизма. Такой принцип, как «смеяться вместе с больным, но никогда - над больным», известен многим. Однако некоторые больные не переносят юмора даже с добрым намерением и понимают его как неуважение и унижение их достоинства.

Имеются факты, когда люди с неуравновешенными, неуверенными и рассеянными манерами постепенно гармонизировали своё поведение по отношению к другим. Это достигалось как путем собственных усилий так и при помощи других людей. Однако, это требует определённых психологических усилий, работы над собой, определённого критического отношения к себе, которая для медработника есть и должна быть сама собой разумеющейся.

Отметим, что медработник- молодой специалист, о котором больные знают, что он обладает меньшим жизненным опытом и меньшей квалификацией, находится при поиске доверия больных и в более невыгодном положении по сравнению со своими старшими коллегами, имеющими опыт работы. Но молодому специалисту может помочь сознание того, что этот недостаток переходящий, который можно компенсировать добросовестностью, профессиональным ростом и опытом.

Следует отметить, что личные недостатки медработника могут привести пациента к мысли, что врач или медсестра с такими качествами не будут

добросовестными и надежными и при исполнении своих непосредственных служебных обязанностей.

Вообще, уравновешенная личность медработника является для пациента комплексом гармонических внешних стимулов, влияние которых принимает участие в процессе его лечения, выздоровления реабилитации. Медработник может воспитывать и формировать свою личность, в том числе и наблюдая за реакцией на свое поведение непосредственно. Скажем, по разговору, оценке мимики, жестов больного. Также и косвенно, когда о взгляде на своё поведение он узнаёт от своих коллег. Да и сам может помогать своим коллегам направлять их в сторону более эффективного психологического взаимодействия с пациентами.

## **Тема 2 Современная оргтехника. Персональный компьютер и его использование**

Самые широко применяемые средства ИТ в наше время – это сотовая связь и интернет, мобильные телефоны и компьютеры. Тем не менее, каждая узкая отрасль науки и производства имеет своё специфическое оборудование, специально разработанное программное обеспечение, обеспечивающее работу устройств и так далее. Внедрение современных информационных технологий в медицине является не просто закономерным, это выводит здравоохранение на новый уровень, так как оперативный доступ к информации и обмен ею существенно сокращает временные затраты на поиск решений проблемы, а время часто является решающим фактором в спасении жизни человека.

### **Зачем нужно внедрять информационные технологии в медицине**

Текущий способ ведения учёта больных и контроля за их состоянием объективно можно назвать устаревшим и несостоятельным. В поликлиниках выделяется всего 10-15 минут на осмотр пациента, изучение его анамнеза, назначение исследований или лечения. Разумеется, этого времени недостаточно, учитывая, что врач обязательно должен делать записи в карточке больного и в своих журналах учёта, отчётной документации.

Использование информационных технологий в медицине позволяет существенно сократить время на «бумажную» работу. Составление электронных карточек болезни позволит каждому работнику системы здравоохранения моментально получать полную информацию обо всех болезнях и травмах пациента, отслеживать изменения таких показателей как ЧСС, АД, уровень гемоглобина или сахара в крови, иметь представления, какие препараты принимает больной и насколько они эффективны в конкретном случае. Это особенно удобно, если человеку срочно требуется медицинская помощь в другом городе (например, его сбила машина и он находится в коме), и нет никакой возможности узнать вышеперечисленную информацию.

Помимо решения исключительно медицинских задач, применение информационных технологий в медицине способствует оптимизации управления учреждением здравоохранения, дистанционному обучению медработников и обмену опытом, связи с пациентами и экстренное оказание помощи в онлайн режиме, контролю за наличием лекарственных препаратов и других материалов на складах аптек и так далее.

## **Возможности применения ИТ в системе здравоохранения**

Исходя из вышеперечисленных проблем, которые стоят перед современной медициной, информационные технологии в медицине и здравоохранении позволяют:

- вести оптимизированный и рационализированный учёт пациентов;
- дистанционно контролировать их состояние (особенно это удобно при наличии имплантов сердца или других органов, которые даже могут передавать информацию о состоянии всего организма и устройства в частности);
- оказывать срочную помощь пациенту по телефону или с помощью видеосвязи (этот пункт тем более актуален, если больной находится в отдалённом районе, состояние критично и требует срочного решения до приезда скорой помощи, нет возможности добраться к человеку, например, при обвалах зданий и т.д.);
- сохранять полную историю болезни, результатов диагностики и назначаемых препаратов;
- контролировать правильность назначенного лечения, что существенно снизит риски ошибочной постановки диагноза и назначения неподходящего лечения;
- проводить дискуссии по поводу наиболее оптимального лечения и устраивать видеоконференции и дистанционные врачебные консилиумы;
- обмениваться профессиональным опытом, курировать и обучать молодых специалистов;
- получать информацию о новейших исследованиях, разработках и технологиях в медицине;
- эффективно планировать работы и контролировать их реализацию, а также решение внеплановых задач, администрацией учреждения здравоохранения, планово-экономического отдела и отдела кадров;
- вести учёт медицинских товаров на аптечных складах, регистрировать приходно-расходные операции, анализировать и прогнозировать необходимость в определённых препаратах;
- передавать отчётную документацию контролирующим органам.

## **Виды информационных технологий, применяемых в медицине**

Как видно из вышеперечисленных способов применения информационных технологий, они охватывают абсолютно все сферы медицины, начиная от диагностики и заканчивая организацией работы ГБУЗ, частных клиник и аптек. В зависимости от задач, которые решают ИТ, выделяют следующую классификацию информационных технологий в медицине:

- системы медадминистрирования,

- больничные медицинские инфосистемы;
- поисковые системы;
- системы учёта диагностических исследований;
- телемедицинские системы и так далее.

Очень важную роль играют различные электронные базы, в которых хранится информация о пациентах (истории болезни, результаты обследований), материальных ресурсах, трудовых ресурсах (специализация, квалификация), данные о лекарственных препаратах, стандарты диагностики и лечения, а также экспертные системы.

### **Роль информационных технологий в медицине**

Несомненно, внедрение ИТ в сферу здравоохранения позволит решить сразу несколько крупных проблем отечественной медицины:

- снизит затраты времени на «бумажную» работу и отчётность,
- соответственно, увеличит время на основную работу врача: диагностику и лечение,
- предоставит доступ к полной и всесторонней истории болезни пациента,
- откроет быстрый доступ к специализированным знаниям,
- позволит консультироваться с коллегами относительно неоднозначных случаев,
- обеспечит международный обмен опытом, что является отличным способом повышения качества медобслуживания.

Необходимость использования ИТ отмечается не только медиками, но и поддерживается правительствами всех стран, в том числе и Российской Федерации. Для внедрения новейших технологий в медицину регулярно разрабатываются постановления и нормативно-правовые акты, нацеленные на эффективное решение этой задачи. Повсеместное применение информационных технологий в системе здравоохранения положительно скажется на показателях успешного лечения населения и продолжительности и качества жизни больных.

## Список литературы

1. Агеев, В. С. Влияние факторов культуры на восприятие и оценку человека человеком // Вопросы психологии. 2018. № 3. – С. 135–140.
  2. Андреева, Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – М., 2016. – 256 с.
  3. Андреева, Е. Н. Проблемные переживания асоциальных подростков (группа риска) // Психология современного подростка. – СПб., 2016. – 245 с.
  4. Андреева, Е. Н. Самоотношение подростков // Психология современного подростка. – СПб., 2017. – 456 с.
  5. Андреева, Т. В. Образы партнера по общению и супруга у студентов университета // Ананьевские чтения -2018: Материалы научно-практической конференции. – СПб., 2018. – 256 с.
  6. Андреева, Т. В. Социальная психология семейных отношений / Т. В. Андреева. – СПб. 2018. – 245 с.
  7. Антоненко, Т. В. Доверие: социально-психологический феномен / Т.В. Антоненко. – М., 2018. – 126с.
  8. Бодалев, А. А. О взаимосвязи общения и отношения // Вопросы психологии. 2018. – № 1. – С. 124 – 126.
  9. Бодалев, А. А. О качествах личности, нужных для успешного общения // Личность и общение. Избр. труды. – М., 2017. – С. 198 – 201.
  10. Бодалев, А. А. Психология общения / А. А. Бодалев. – М.; Воронеж. 2018. – 356 с.
  11. Бодалев, А. А. Формирование понятия о другом человеке как личности / А. А. Бодалев – Л., 2018. – 126 с.
  12. Бодалев, А. А. Теоретико-методологические аспекты изучения эмпатии // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Т. XXXVI. – Л., 2017 – 32 с.
  13. Бодалев, А. А. Ананьева в разработку психологических проблем общения // Психологические исследования общения / А. А. Бодалев. – М., 2016. – 321 с.
  14. Бороздина, Г. В. Психология делового общения / Г. В. Бороздина. – М., 2017. – 245 с.
  15. Бреслав, Г. М. Психология эмоций / Г. М. Бреслав. – М., 2018. – 213 с.
  16. Буева, Л. П. Человек: деятельность и общение / Л. П. Буева. – М., 2016. – 215 с.
  17. Веденов, А. В. Потребность в общении // Советская педагогика. 2018. – 145 с.
  18. Волкова, А. Н. Социально-психологические факторы супружеской совместимости: Автореф. дис. канд. Наук / А. Н. Волкова. – Л. – 2019. – 123 с.
  19. Галигузова, Л. Н. Ступени общения / Л. Н. Галигузова. – М., 2017. – 215 с.
  20. Гозман, Л. Я. Психология эмоциональных отношений. – М., 2016. – 225 с.
  21. Гозман, Л. Я. Психология симпатий / Л. Я. Гозман. – М., 2017. – 216 с.
  22. Головаха, Е. И., Панина, И. В. Психология человеческого взаимопонимания / Е. И., Головаха, И. В. Панина. – Киев, 2017. – 216 с.
  23. Гончаров В. А. Динамика межличностных взаимоотношений в искусственно реорганизованной малой группе // Психология XXI века: Тезисы Международной межвузовской научно-практической конференции студентов и аспирантов. – СПб., 2017. – 206 с.
  24. Горелов, И. Н. Невербальные компоненты коммуникации / И. Н. Горелов. – М., 2017. – 206 с.
- <https://academy-prof.ru/blog/informacionnye-tehnologii-v-medicine>  
<https://studfiles.net/preview/5585512/page:3/>