

Медицинское интервью



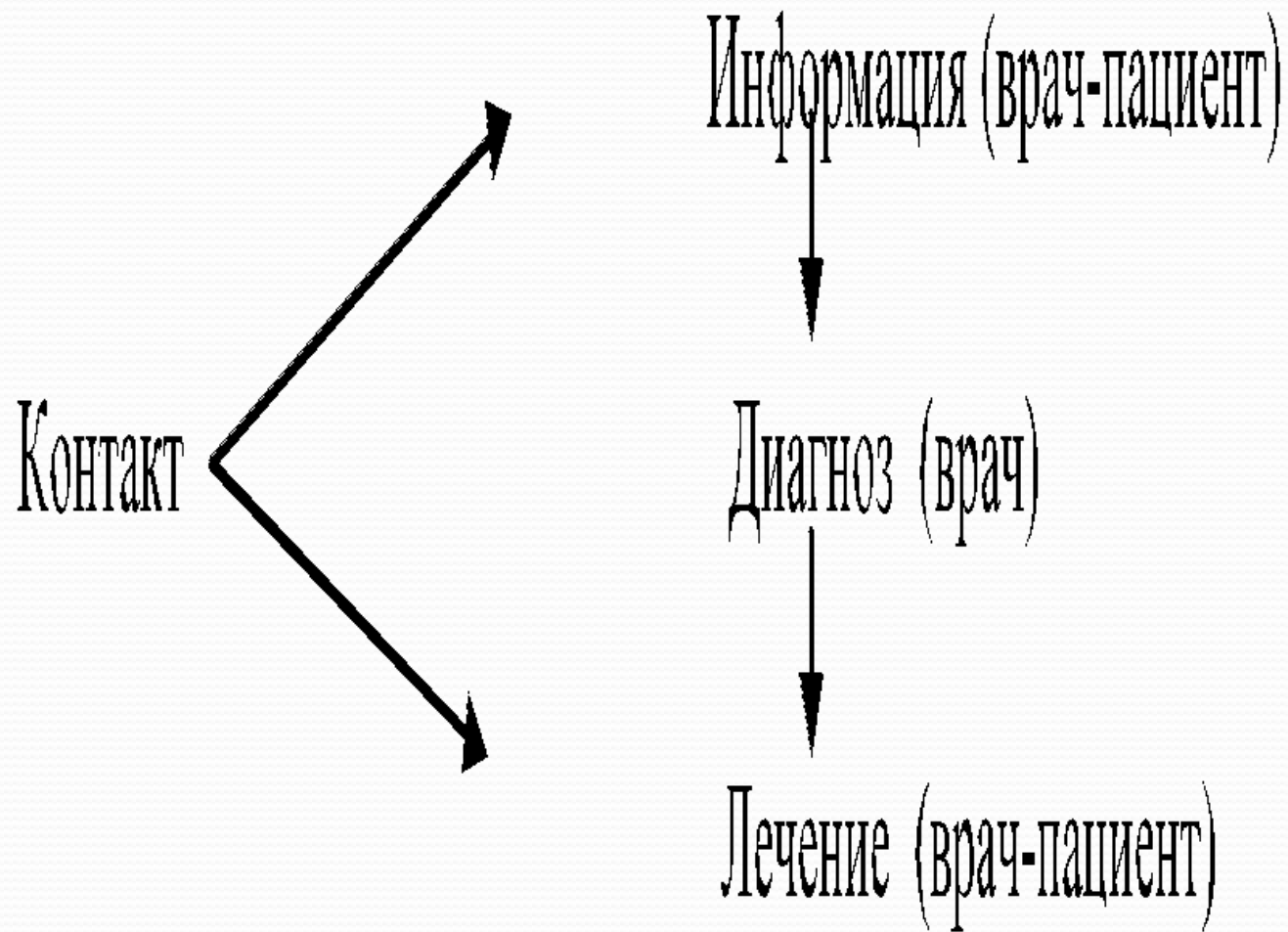
Выполнила:
Ибрагимова Мадина
Группа 120 Б



Медицинское интервью
– любое сколь-либо
продолжительное общение
врача со своим пациентом.

Цель интервью

- получить необходимую, достаточную информацию о пациенте для установления верного диагноза и назначения адекватного лечения.



Интервью

- Свободное интервью
- Стандартизированное интервью

Свободное интервью является хорошим способом достижения релаксации, которая возникает в результате откровенного разговора с врачом.

Недостатком свободного интервью является

- его продолжительность
- частая противоречивость высказываний пациента.

Стандартизированное интервью

- по времени может быть очень кратким, но информативным.

Его недостатками являются:

- частое нарушение эмоционального контакта с пациентом,
- включение у пациента механизмов психологической защиты, осложняющих доверительное общение с врачом,
- чувство неудовлетворенности после визита к врачу.

Три блока интервью :

- 1. Встреча и знакомство.
- 2. Сбор информации.
- 3. Подведение итогов и закрытие интервью.

Цель 1 блока

- налаживание контакта с пациентом,
- создание доброжелательной атмосферы,
- формирование у больного впечатления, что врач хочет и может ему помочь.
- Это довольно короткая по продолжительности фаза, она на 40% определяет дальнейший успех общения с больным.

Открытие интервью

- **Приветствие пациента врачом.**
- Оно должно соответствовать возрасту, социальному опыту пациента.
- Словесное приветствие должно подкрепляться невербальными средствами (пожатие руки, наклон тела в сторону пациента, кивок головы, улыбка).
- **Представить себя пациенту**
- **Попросить пациента представиться и назвать себя**
- **Выяснить цели прихода пациента к врачу**

Цель 2 блока

- сбор качественной, структурированной, полной и понятной информации о заболевании пациента (сюда включается и осмотр);
- выяснение цели визита к врачу.

Навыки сбора информации

- Баланс открытых, закрытых и других вопросов.
- Способность врача к прояснению и обобщению высказываний пациента.
- Навыки активного и недирективного слушания.
- Правильное использование пауз и молчания.
- Выяснение проблем пациента и его ожиданий.

Открытые вопросы

- Вопросы, на которые нельзя ответить коротко и односложно.
- Дают пациенту возможность рассказать, описать и объяснить своими словами.
- Часто начинаются с «Как?», «Когда?», «Где?», «Что?», «Почему?» .

Данные вопросы задаются с целью

- получения дополнительных сведений,
- выяснения мотивов и позиций собеседников.

Закрытые вопросы

- - это вопросы, на которые ожидается ответ «да» или «нет». Они :
- позволяют сокращать и структурировать беседу;
- требуют гораздо меньше времени на выслушивание ответов;
- полезны в общении с многословными, несобранными, излишне эмоциональными больными;
- используются в тех случаях, когда необходимо быстрее получить согласие или подтверждение ранее достигнутой договоренности;
- используются для завершения беседы.

Закрытый вопрос

1. Вам это было трудно сделать?

2. Для Вас это было важно?

3. Вам кажется, что он не придерживается назначенной схемы лечения?

4. Это все, что Вы хотите сказать?

Открытый вопрос

1. Что Вы почувствовали, когда Вы это сделали?

2. Что Вы чувствовали в тот момент? Какое это для Вас имело значение?

3. Как, по-вашему, он относится к назначениям лечащего врача?

4. Что Вы еще можете добавить?

Побуждающие вопросы

- Имеют цель выявление отношений, чувств и переживаний пациента;
- Используются при установлении достаточной степени доверительности.
- «Хотелось бы подробнее узнать о ...», «Не могли бы Вы подробнее рассказать о своих ощущениях во время приступа...», «Не могли бы Вы объяснить мне...»

Переломные вопросы.

- Задаются в тех случаях, когда уже получено достаточно информации по одной проблеме и есть необходимость «переключиться» на другую.
- Опасность в этих ситуациях заключается в нарушении равновесия между партнерами по общению.

Зеркальные вопросы

- вопрос состоит в повторении с вопросительной интонацией части утверждения только что произнесенной собеседником для того, чтобы заставить его «увидеть» свое утверждение как бы со стороны.

Наводящие вопросы

- Предполагают определенный ответ и подталкивают к нему пациента .
- Встречаются у врачей с авторитарным стилем общения.
- Эти вопросы нежелательны, особенно в начале интервью.
- Нельзя их часто использовать , особенно один за другим.

Постоянное уточнение, прояснение и обобщение

- Цель: сделать ясным как для врача так и для пациента того, что было сказано.
- Уточнение смысла, который пациент вкладывал в то или иное слово.
- Задавать дополнительные открытые вопросы.
- Перефразировать высказывания пациента.
- Врачу нельзя стесняться показывать, что он что-то не понял или не расслышал.
- Необходимо обобщать, подводить итоги того, что было выяснено в ходе интервью.

Слушание

- это активный процесс;
- предполагает желание услышать собеседника;
- требует внимания к собеседнику;
- предполагает взаимную ответственность партнеров за общение;
- требует определенных навыков;
- оно должно быть безоценочным, недирективным .



средства демонстрации активного слушания

- паравербальные сигналы и междометия, выражающие согласие («понял», «продолжайте», «так», «угу», «ага» и т.п.);
- периодическое повторение слов , произнесенных пациентом;
- подстраивание врачом своего голоса под тон и громкость голоса пациента.
- «Отзеркаливание», когда врач ненавязчиво копирует, повторяет позы, жесты , интонации и слова собеседника.

Виды слушания

- 1. **Плохое слушание** - такое слушание, когда говорящему создаются определенные помехи, затрудняется процесс говорения. Оно оказывает разрушительное воздействие на общение.
- 2. **Отсутствие слушания** (усталость, нежелание слушать).
- 3. **Нерефлексивное слушание**
- 4. **Рефлексивное слушание**
- 5. **Эмпатическое слушание**

Перерефлексивное слушание

- внимательное молчание, когда не вмешиваются в речь говорящего с замечаниями.
- Может быть выражено понимание с помощью различных невербальных проявлений.
- Ответы должны быть сведены к минимуму типа: «Да!», «Ну-и-ну!», «Продолжайте», «Интересно» и т.д.

Рефлексивное слушание

- представляет собой процесс расшифровки смысла сообщений;
- предполагает объективную обратную связь;
- применяется для подтверждения понимания сообщения говорящего.

Цель рефлексивного слушания - как можно точнее осознать и передать чувства говорящего.

Эмпатическое слушание

- Его цель: уловить эмоциональную окраску идей и их значение для другого человека,
- проникнуть в систему его внутренних ценностей
- понять какие чувства он при этом испытывает.

Приемы правильного слушания

- Необходимо быть внимательным.
- Нужно сосредоточиться на том, что говорит собеседник.
- Необходимо особое внимание уделять не только словам говорящего, но чувствам и эмоциям, которые он испытывает и проявляет.
- Очень важно наблюдать за невербальными сигналами говорящего.
- Нужно придерживаться одобрительной установки по отношению к собеседнику.
- В ходе слушания надо стараться выразить понимание говорящему.
- Необходимо прислушиваться к самому себе.
- Необходимо отвечать на просьбы соответствующими действиями.

Обычная реакция человека на то, что его слушают

- Чувство, что его понимают
- Желание еще поговорить
- Симпатия к врачу
- Открытость
- Чувство, что его принимают
- Чувство, что его уважают
- Желание поддерживать контакт
- Желание сотрудничать
- Чувство безопасности
- Вдохновенность
- Окрыление надеждой
- Чувство комфортности
- Желание прийти снова

Прояснение проблем пациента и его ожидания от консультации

- **Выяснение причин обращения пациента к врачу**

Цели и причины обращения пациента к врачу

- **хронические болезни:** посещение врача для наблюдения, оценки и моральной поддержки;
- **консультация:** от врача нужен только совет или непредвзятое мнение по какому-либо поводу;
- **получение какой – либо выгоды** от визита к врачу: больничный лист,
- **использование врачебного заключения** в тяжбах и пр.;
- **получение эмоциональной поддержки** – это потребность поговорить о себе и быть выслушанным, поделиться страхом перед смертельной болезнью,
- **преодолеть чувство одиночества.**

Цель 3 блока

- подведение итогов интервью,
 - заполнение всех оставшихся пробелов,
 - установление диагноза, выбор плана дальнейшего обследования, назначение лечения и т.д.
- либо при неясности
- направление на обследование.

Невербальные сигналы для правильного закрытия интервью

- Изменение позы
- Прекращение демонстрации активного слушания
- Увеличение дистанции общения
- Закрытие записи

Вербальные сигналы закрытия интервью

- Использование слов «и так», «таким образом», «подводя итоги»

Основные компоненты сотрудничества

- **Поддержка** - врач стремится быть полезным пациенту.
- **Понимание** - поведение врача, при котором пациент уверен, что его жалобы услышаны и обдумываются врачом.
- **Уважение** - признание ценности пациента как личности и значимости его проблем.
- **Сочувствие (эмпатия)** – умение поставить себя на место пациента, взглянуть на мир его глазами.

- Если стула нет, лучше попросить пациента побеседовать с вами в другом месте (коридор, ординаторская). На постель садиться не рекомендуется — это фиксированная территория. Только, если пациент не может или не хочет перемещаться и сам предлагает вам присесть на постель, можете сесть ближе к краю на расстояние не менее 1 метра от его головы.
- Если вы пришли к пациенту, который не может присесть на постель, то это значит, что его состояние не позволяет вести долгий опрос. В этом случае можно вести беседу, стоя сбоку, параллельно пациенту, на расстоянии 1-1,2 метра от его головы, слегка наклонившись вперед.
- Никогда не спрашивайте разрешения сесть на постель сами, врачу не откажут, но это будет воспринято как агрессия. Если у вас с пациентом хороший контакт и он испытывает к вам уважение, то сделает это сам.

Модели поведения врача в общении с пациентом

- Подойдя к двери палаты, обязательно постучите, даже если дверь открыта. Заходите после ответа, либо через 2-3 секунды после стука, но не сразу.
- Зайдя в палату, поздоровайтесь со всеми присутствующими одним общим приветствием: «Здравствуйте».
- Если вы уже знаете пациента, идите к нему. Если нет, спросите: «Подскажите, пожалуйста, где лежит пациент ...», либо: «Мне нужен пациент ...», а потом идите к нему.
- Передвигайтесь по палате без суетливости, лучше сделайте это медленно, чем в спешке. Это позволит вам сконцентрироваться на следующих этапах общения и сформирует о вас мнение, как об уверенном в себе человеке. Ваши руки должны быть на виду, а не в карманах; в крайнем случае, сцепите пальцы в замок перед собой.
- Подойдя к пациенту, поздоровайтесь с ним персонально.
- Присядьте, если рядом есть стул. Можно с добавлением вежливого: «Разрешите», если пациент напряжен, недоверчив. Но в обычной ситуации такая вежливость избыточна.
- Садиться следует на расстоянии 1-1,2 м, под углом 60-90 градусов.

- Дистанцию общения можно сокращать, если: а) пациент плохо слышит, б) пациент – ребенок (но не подросток), в) для достижения конфиденциальности в присутствии посторонних, г) пациент сам стремится ее сократить придвигаясь, наклоняясь вперед (за исключением случаев фамилльярности, неуважения, сексуального интереса к врачу). Сокращая дистанцию, прокомментируйте это: «Давайте я сяду поближе, если вы не против», «Если хотите, я могу сесть ближе».
- Прикосновение к пациенту вне физикального обследования – вопрос индивидуальный и зависит от вашего умения читать эмоциональное состояние пациента, возраста пациента и врача.
- Если пациент вам знаком, найдите немного времени и задайте ему какие-нибудь общие вопросы: «Как поживаете?», «Как настроение?».

- Рукопожатие между врачом и пациентом в целом не принято, но здесь следует обращать внимание на ситуацию, степень знакомства, пол, возраст, социальное положение и привычки пациента. Пожимайте протянутую вам руку.
- Знакомство начинается с представления: «Давайте познакомимся. Я - помощник вашего лечащего врача; он поручил мне (направил меня) узнать о вашем самочувствии (измерить ваше давление), (провести обследование). Меня зовут ...»