

# Общение с пациентом

Dr.Chiris Roxana



# Объективы

**В конце данного занятия курсанты будут способны :**

- 1. Перечислить методы вербального и нон-вербального общения.**
- 2. Использовать разные типы вопросов**
- 3. Объяснить методы активного и пассивного слушания и использования этих методов.**

# Общение

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Общение представляет собой сочетание слов и жестов с посредством которых принимаются и передаются сообщения.

# Общение

- Общение = базовые клинические способности .
- “Доктора и медсестры общаются с пациентами и семьей более часто, чем любая врачебная или сестринская процедура.”

Fallowfield L. Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care Eur. J. Cancer 35(11) Oct. 1999 1592-1597

# Роль общения

- Неотъемлимая часть ухода-анамнез
- Получение информированного согласия.
- Сообщение данных. Относящихся к болезни (диагноз, лечение, прогноз)
- Передача сочувствия и поддержки.

# Элементы общения

1. ПЕРЕДАЮЩИЙ (ясность, структура, объем информации, содержание, дефекты речи )
2. ПРИНИМАЮЩИЙ (понижение слуха, мотивация, уровень понимания, страдание )
3. СООБЩЕНИЕ
4. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ
5. FEED-BACK

# Цели общения

1. Принятие сообщения
2. Понимание сообщения (раскодировка)
3. Принятие сообщения
4. Изменение поведения.

# Comunicarea

Emisferele noastre cerebrale au roluri diferite in comunicare:

- emisfera stanga se ocupa de limbajul verbal
- emisfera dreapta se ocupa de limbajul non-verbal.

Emisfera dreapta nu cunoaste negatia, aceasta fiind inteleasa doar de emisfera stg.

# Общение с пациентом с неизлечимым заболеванием.

## Почему это так сложно?

### Социальные причины:

- Смерть как "tabu";
- Слишком большие ожидания , связанные с медицинскими возможностями;
- Современное общество продвигает материальные ценности как главные ценности в жизни человека;
- Изменение важности религии (веры) в жизни людей;

# Почему это сложно?

- **Причины связанные с пациентом:**
  - «Страх перед смертью» включает комплекс страхов :
    - страх перед болью ,иммобилизация в постели, потеря контроля над сфинктерами;
    - ущербность внешнего вида (колостомы,мастэктомия)
    - страхи связанные с лечением (opioide)
    - риторические страхи,
    - потеря социального статуса,финасовая нестабильность.

# Причины связанные с пациентом

- Состояние сознания: спутанность сознания, делирий;
- Эмоциональное состояние: депрессия, озлобленность;
- Физическое состояние: трахеостома, пациент очень астеничен, обезвожен, сухость во рту, вызванная медикаментами;

## Причины связанные с мед персоналом

- Страх быть обвиненными в сообщении плохих новостей;
- Боязнь реакции пациента или нашей реакции перед непредсказуемым поведением пациента в момент сообщения плохих новостей;
- Боязнь не показать своих эмоций пациенту;
- Страх перед нашей собственной смертью;

## Причины связанные с мед персоналом

- Боязнь не навредить
- Боязнь ,что наше мнение не совпадет с мнением семьи;
- Симпатетическая боль- особый эмоциональный груз этих бесед;
- Медицинское воспитание, основанное на лечении заболевания не оказывает поддержки в случаях неизлечимых заболеваний.

# Как мы общаемся с пациентом?

- Создайте адекватную обстановку, спокойствие. тишина.
- Уделите достаточно внимания.
- Наедине с больным возможно с кем то из родственников.
- Не спешите .
- Найдите подходящий тембр голоса.
- Уважайте больного ,если у него имеются сложности общения , он находится в более тяжелом положении, чем мы.
- Используйте открытые вопросы.

# Как мы общаемся с пациентом?

- вербально и нон-вербально
- эти два пути должны совпадать.
- взаимосвязь между вербальным и нон вербальным являются основными в общении.
- сообщение будет лучше понято, если вербальный язык (мысли)
- нон-вербальный (чувства) находятся в том же направлении.
- если возникают разобщения. Сообщение будет не ясным , трудно понятным и тяжелым для применения.

# Вербальное общение

Осуществляется посредством слов.

**Объяснение** – важная часть вербального общения.

Используемые в медицинском мире слова не всегда понятны для пациентов, поэтому важно объяснить доступными словами.

# Правила вербального общения

- Необходимо написать информацию на бумаге, которую оставляем больному и он может всегда её проверить.
- Мы должны быть доступны для семьи и пациента в будущем.

# Правила вербального общения

- Начинаем с простых вопросов для того чтобы узнать, что знает пациент и что он хочет знать.
- Используем простые слова. Пациент обычно запоминает 2-3 мысли из общего количества информации.
- Повторяем более важную информацию и просим больного и просим больного чтобы он подтвердил, что он понял смысл сказанного.

# Нон-вербальное общение

1. Касание
2. Визуальный контакт
3. Положение тела
4. Жесты
5. Слушание

# Нон-вербальное общение

## 1. Касание

Во всех культурах мира нежное касание означает дружбу и привязанность.

Люди всех возрастов нуждаются в касании.

Касание руки или прикосновение к плечу доказывают наше отношение к пациенту, а он в свою очередь будет чувствовать себя приятным и понятым.

# Нон-вербальное общение

## 2. Визуальный контакт

Доказывает больному что ему уделяют должное и необходимое внимание.

Наши глаза будут на одном уровне с глазами пациента и иногда даже ниже если больной разгневан.

# Нон-вербальное общение

## 3. Положение тела

Мы усаживаемся комфортно, приблизительно в 50-90 см от пациента, обеими ногами на полу, не нога на ногу, плечи несколько направлены вперёд, руки на коленях, расслаблены, без препятствий между пациентом и врачом(не за столом).

Когда пациент неподвижен в постели мы не будем стоять на ногах, это может быть пациентом, как доминантная позиция.

# Нон-вербальное общение

## 4. Жесты

Жесты используются большинством людей для подчеркивания сказанного.

В этом смысле пользуются руками, головой, всем телом.

Лёгким кивком головы мы подтвердим сказанное больным.

Медицинские работники должны быть способны понять язык , движения рук, мимику и гримасы.

# Нон-вербальное общение

## 5. АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ ПРАВИЛА СЛУШАНИЯ:

- предоставь пациенту возможность говорить и подтолкни его рассказать свои страхи
- расположи его к общению
- не обращай внимание на короткие паузы/не торопи
- обрати внимание на более стрессовые проблемы
- отвечай с сочувствием

Слушание может быть конструктивным и служить терапевтическим подходом

# Активное слушание

- **Слушай ушами** произнесённые слова и тон которым они произнесены.
- **Слушай сознанием**, чтобы понять высказанное.
- **Слушай глазами**, чтобы понять язык тела, внешнего вида, поведение и жестов.
- **Слушай себя** и обрати внимание на **собственные реакции** на полученные сообщения.

## Общение

- **И так, ” правда это не то что говорят, а то что слышит слушающий. Нет никакой гарантии что слушающий слышит именно то, что мы говорим.”**



# Окружающая среда

Может быть обобщенно одним словом:  
**FIORD**

- **F** –лицом к лицу
- **I**- наклон тела в сторону пациента
- **O**-глаза-поддержание визуального контакта
- **R**-(поза) расслабленная
- **D**-(положение) открытое, желательно без скрещенных рук и ног

# Облегчение диалога

- Дайте пациенту высказаться ,не перебивайте на середине фразы.
- Расположите пациента говорить лёгкими положительными кивками головы.
- Формулируйте открытые вопросы (как, с каких пор, когда)
- Согласитесь с короткими паузами или прерывайте их вопросами типа ”О чём вы задумались?”

# Отвечаем с сочувствием

1. Выявление эмоций душевного состояния которые переживает больной;
2. Выявление источников и причин этих эмоций;
3. Отвечаем пациенту в такой форме которая позволяет ему понять, что мы выяснили причину его эмоций.

# Вывод

---

НЕ СУЩЕСТВУЕТ МОДЕЛИ ОБЩЕНИЯ,  
А СУЩЕСТВУЕТ ЛИШЬ  
МОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩЕНИЯ В  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛИЧНОСТИ  
ВРАЧА, ПАЦИЕНТА И СИТУАЦИИ.