

Министерство здравоохранения Оренбургской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Оренбургский областной центр медицинской
профилактики»

**ПРИЁМЫ И МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ
С ПАЦИЕНТАМИ**

Методические рекомендации

Оренбург 2015

В методических рекомендациях представлены рекомендуемые мероприятия и информационные материалы для организации работы с пациентами для повышения эффективности коммуникативного взаимодействия системы «медицинский работник – пациент» в процессе профилактического консультирования.

Ключевые слова: профилактика, эффективное общение, фазы общения, система восприятия, вербальное общение, невербальное общение, психологические границы личности, мотивация, активное слушание, вербализация, сопротивление.

Методические рекомендации ориентированы на специалистов кабинетов (отделений) медицинской профилактики и фельдшеров, ведущих самостоятельный приём.

Составители:

И.В. Герасимова, А.М. Болomoжнов, В.А. Трубников, А.Н. Варламов.

Содержание

Введение	4
1. Построение взаимоотношений с пациентом.....	5
1.1 Фазы общения с пациентом.....	5
2. Повышение эффективности общения с пациентом.....	29
2.1 Технологии эффективного общения.....	29
2.2 Активное слушание: техники и основные приемы.....	30
2.3 Техники вербализации.....	33
3. Продуктивные подходы к пациентам, нежелающим идти на контакт в процессе профилактического консультирован.....	35
Заключение	40
Список литературы.....	41

Введение

Профилактика заболеваний, отклонений в состоянии здоровья населения и диспансеризация является основным методом в реализации профилактических мероприятий в системе здравоохранения.

Процесс диспансеризации в сочетании с современными концепциями и стратегиями в профилактике вкладывает учет влияния факторов риска на организм человека.

Проведение профилактических мер, направленных на предупреждение развития и прогрессирования заболеваний предполагает высокую степень информированности населения в таких вопросах.

Любая работа с людьми неразрывно связана с процессом и проблемами общения, оно пронизывает профессиональную деятельность медработников на любом уровне. Индивидуальные особенности психики пациента в условиях лечебных и коррекционных взаимоотношений и взаимодействий приходят в соприкосновение с психологическими свойствами медицинского работника. Целью такого контакта является помощь, в том числе и профилактическая, оказываемая пациенту. Как у пациента, так и медработника присутствуют собственные мотивы взаимодействия, медперсоналу при этом принадлежит существенная роль в обеспечении бесконфликтного взаимодействия. Поэтому одной из проблем при проведении профилактического консультирования является низкая коммуникативная эффективность при общении с пациентами.

Настоящее методическое пособие подготовлено с целью оказания практической помощи по повышению мотивации пациентов на прохождение диспансеризации и проведения профилактического консультирования в целях коррекции факторов непосредственно в процессе профилактических осмотров.

1. Построение взаимоотношений с пациентом

Взаимоотношения медицинского работника и пациента в каждом конкретном случае складываются индивидуально, в зависимости от особенностей состояния и личности пациента, от его нозологической принадлежности и от индивидуально-психологических особенностей медицинского работника. На формирование взаимоотношений влияют половые и возрастные различия, уровень образования, социальный статус. Роль пациента должна заключаться не только в соблюдении врачебных назначений, желательным чтобы он стал активным, ответственным участником профилактического процесса.

1.1 Фазы общения с пациентом

Психологическая сторона отношений «медицинский работник – пациент» важна на всех этапах диагностического, терапевтического, консультативного процессов, но особенно большое значение она приобретает при первой встрече, установлении психологического контакта. Оптимальный психологический контакт по данным из источников на 40% обеспечивает успешность эффективность межличностного взаимодействия. Он может «теряться» в отдельные моменты общения, и тогда медицинский работник, чувствуя отдаленность пациента, «ускользающего» от общения, должен попытаться вновь возвратиться к установлению контакта.

Различают следующие фазы общения:

1. Контактная фаза общения

Это первый этап профессионального общения медицинского работника и пациента. В контактной фазе происходит знакомство со своим пациентом, установление психологического контакта, формирование первого впечатления друг о друге, закладывание предпосылок для последующих межличностных взаимодействий. Первое впечатление о медицинском работнике во многом

определяет то, как будут строиться отношения, какими будут представляться перспективы выздоровления. Наиболее важная задача, произвести на пациента нужное впечатление. У человека должно возникнуть представление о том, что медицинский работник хочет и может ему помочь. Первое основывается на эмпатических способностях медицинского работника, второе - на его уверенной манере поведения.

При этом нельзя забывать о том, что 60-80% сообщения передается через язык нашего тела и только 7-10% приходится на слова.

Невербальное сообщение содержит наиболее значимую информацию, на которую реагирует пациент при первой встрече с медицинским работником. По наблюдениям психологов, впечатление о человеке возникает в течение первых 18 секунд знакомства. Ощущение психологического контакта дает такой важный элемент невербального взаимодействия, как сокращение дистанции между медработником и его посетителем. Этого лучше достичь, повесив халат на спинку стула или рядом, а на свою одежду прикрепить бейджик с именем, фамилией и отчеством, указанием должности. Это поможет вести беседу в комфортной обстановке, при этом сохраняя свою авторитетную позицию.

Необходимо помнить о личностных границах человека, поэтому слишком близкое расстояние может поставить пациента в неловкое положение, а слишком далекое может заставить его чувствовать себя отвергнутым. Расстояние определяется самим пациентом. Оно может варьировать от полуметра до полутора метров и зависит от типа личности и самоощущений собеседника.

Американский антрополог Э. Холл в начале 60-х годов выделил **четыре типа личного пространства человека, или пространственные зоны:**

1) интимная зона общения. Она складывается, когда расстояние между общающимися людьми не превышает 0,5 м. На таком расстоянии могут общаться близкие люди, друзья, родственники. Общение в этой зоне обычно происходит тихим голосом, отличается чаще всего теплотой и душевностью;

2) межличностная зона общения. Расстояние между собеседниками в личной зоне общения находится в пределах от 0,5 до 1,2 м. В этой зоне обычно происходит общение между хорошо знакомыми людьми, сослуживцами на отдыхе;

3) социальная зона общения. В этой зоне расстояние между собеседниками находится в пределах 1—3,7 м. В такой зоне могут общаться коллеги-друзья или малознакомые люди. Общение может складываться как доброжелательно, так и конфликтно;

4) публичная зона общения. В общественной зоне расстояние между говорящими людьми более 3,7 м. На таком расстоянии можно поздороваться, а затем приблизиться друг к другу или еще более удалиться. В этой зоне обычно находятся незнакомые люди, которые собрались в одном помещении.

При общении с пациентом необходимо, чтобы произошел переход из социальной зоны общения в межличностную зону. Тогда можно говорить о том, что между пациентом и медицинским работником установилось желаемое доверие и пациент готов к приему необходимой информации.

Помимо соблюдения границ личности не маловажное значение имеет внешний вид медицинского работника.

Здоровый вид – чистая кожа, подтянутая фигура, аккуратная прическа, опрятная одежда, приятный запах и свободная поза – все это демонстрирует, что человек сам

придерживается здорового образа жизни, который он пропагандирует.

Лицо и глаза являются самой выразительной частью тела. Доброжелательное выражение лица медицинского работника помогает пациенту чувствовать себя спокойно и уверенно. Поддержание хорошего зрительного контакта свидетельствует об уважении и интересе к тому, с кем разговаривает собеседник. Глаза дают ключи к эмоциям человека. Необходимо избегать длительного пристального контакта в глаза пациента, лучше при беседе время от времени переводить взгляд на другие предметы. Создание плохого зрительного контакта может сильно навредить общению с пациентом. Наиболее информативной, передающей те или иные переживания в характерных мимических комплексах является мимика нижней части лица: линия рта, крылья носа, носогубная складка от крыльев носа к уголкам губ, подбородок. Самая информативная деталь в лице человека - линия рта. При хорошем самочувствии и высоком жизненном тоне линия рта прямая. Опущенные вниз уголки губ - признак, характеризующий состояние печали, депрессии, либо усталости.

В начале беседы медицинский работник должен следовать за жестами и позой пациента, «как бы отзеркаливая» его, это способствует усилению чувства комфорта и безопасности пациента.

Поза человека дает сигналы о его заинтересованности в чем-то, его открытости и внимательности.

Существуют несколько классификаций поз, принятых в современной литературе. Позы делятся на естественные и неестественные.

Естественная поза – свободная, непринужденная – характеризует психологический комфорт, отсутствие напряжения и располагает к общению.

Неестественная поза – необычная, странная, нелепая – к общению не располагает, она свидетельствует о напряжении, психологическом дискомфорте, это обращает на себя внимание окружающих и сопровождается реакцией избегания.

Позы бывают симметричные и асимметричные.

Симметричная поза нивелирует индивидуальные различия, так же, как униформа, делая людей несколько похожими друг на друга. Симметричная поза – элемент формального общения, она предполагает официальное, регламентированное взаимодействие. Ее предпочитают люди замкнутые, скрытные, сдержанные, с высоким контролем, отличающиеся осторожностью во взаимоотношениях, недоверчивостью, подозрительностью, не предполагающей близости и сотрудничества, и поэтому доверия не вызывают.

Поза асимметричная, напротив, свидетельствует об индивидуальных особенностях, открытости для общения, готовности к сотрудничеству.

Позы бывают также закрытыми и открытыми.

Закрытая поза указывает на нежелание общаться, избегание взаимоотношений с окружающими. К отличительным особенностям закрытой позы относятся такие ее характеристики, как скрещенные на груди руки («поза Наполеона»), скрещенные ноги (нога на ногу); кисти рук в карманах, спрятанные за спину; корпус тела и голова, развернутые в сторону от партнера; взгляд, направленный в пол, в окно – куда угодно, только не в глаза собеседнику. Закрытая поза не располагает к общению.

Открытая поза свидетельствует о готовности к контактам, к межличностному взаимодействию. Открытая поза характеризуется противоположными отличительными признаками: корпус тела и голова повернуты в сторону собеседника, прямой взгляд в лицо и др.

Медицинскому работнику в ситуации его профессионального общения с больными лучше всего использовать естественные, асимметричные, открытые позы, располагающие к общению, не вызывающие напряжения или недоверия, создающие лучшие условия для взаимодействия при установлении психологического контакта с пациентом.

В ходе взаимодействия партнеры по общению могут различным образом располагаться по отношению друг к другу.

Взаимное расположение – это то, как собеседники стоят или сидят, – также помогает «прочитать» психологический подтекст их взаимоотношений.

Выделяют несколько основных позиций:

1. **Позиция «лицом к лицу»**, напротив друг друга.

Эта позиция содержит в себе элемент конфронтации; она встречается при конфликтах, в ситуации обострения отношений. Например, при знакомстве с новым, неизвестным лицом, к нему разворачиваются всем телом, лицом к лицу встречая потенциальную опасность, которую несет в себе каждый незнакомый человек. Во время консультативной и терапевтической ситуации эту позицию следует избегать.

2. **Позиция «рядом», «бок о бок»**

Позиция сотрудничества, при отсутствии напряжения, враждебности между собеседниками, которых связывает взаимное доверие. Эта позиция характеризует партнерское общение, предполагает наличие психологического контакта, отношения сотрудничества, связанного с достижением общих целей.

3. **Общение «через стол»**

Практически всегда означает отношения власти; отношения «руководитель-подчиненный», с ролевым распределением, с выполнением нормативных запретов и

предписаний, регламентирующих общение, его структуру и время взаимодействия. Подобные взаимоотношения практически исключают доверительность и затрудняют психологический контакт. Поэтому в кабинете, где медицинский работник ведет прием, стул для пациента ставится сбоку от стола, что с самого начала создает более эффективные условия для взаимодействия.

Особую выразительность при общении собеседников приобретают их руки и жесты.

Жестом называется движение руки, в котором обычно участвуют также плечи и голова.

Указывая пальцем или перемещая руки ближе вместе, можно сделать акцент на той информации, которую необходимо донести до человека. Жесты руками должны быть плавные, сдержанные.

Все разнообразные жесты условно делятся на две группы: коммуникативные и экспрессивные.

Коммуникативные жесты имеют определенное содержание, понятное окружающим. Они используются в речи вместе со словами, а иногда вместо слов, помогая общению. Человек пожимает плечами в ответ на вопрос; «Как дела?», вопросительно поднимает брови, не расслышав слов собеседника, согласно кивает головой вместо того, чтобы сказать «Да».

Экспрессивные жесты выражают состояние человека, рано формируются в процессе индивидуального развития и относительно неизменны в течение всей жизни. Яркость, выразительность экспрессивной жестикуляции определяется особенностями темперамента, актуальным состоянием, а также уровнем образования.

Таким образом, если учитывать вышеперечисленные параметры невербального общения и правильно «вести» пациента, медицинский работник создает атмосферу доверия и больной начинает повторять

движения и позу медицинского работника, все больше концентрируясь на нём.

Помимо невербальных параметров существуют и вербальные приёмы «ведения пациента».

Вербальная коммуникация сочетается с использованием таких паралингвистических явлений, как покашливание, стоны, вздохи, зевота и другое. Разнообразные звуки, издаваемые человеком в процессе общения, не являются речью, но несут определенную смысловую нагрузку, выражая состояние, настроение собеседника, его отношение к передаваемому сообщению.

Среди параметров паралингвистической коммуникации выделяют 4 значимых признака: громкость речи, ее темп, ритм, пауза.

Громкость речи сама по себе не является способом психологического воздействия. Но легче говорить громко, если при этом мы одновременно повышаем частоту речи. Сочетание громкости и частоты речи воспринимается как признак конфликтных взаимоотношений и вызывает ответную агрессивную реакцию. Сказанное на фоне громкой речи еще более громким голосом также вызывает в ответ агрессию. То, что на фоне громкой речи сказано более тихим голосом, вызывает ответную реакцию в виде внимания. Имеет значение и эмоциональная значимость раздражителя. Например, молодая кормящая мать может крепко спать под звуки громкой музыки, но она просыпается от малейших звуков, издаваемых ее ребенком.

В зависимости от психического состояния речь может быть быстрой или медленной.

Ускоренная речь встречается обычно в трех случаях: человек говорит быстро, если он встревожен и взволнован; если он говорит о личных трудностях; если он пытается уговорить или убедить собеседника.

Замедленная речь может свидетельствовать об усталости, унынии и печали. Наблюдается она и у лиц с

чертами высокомерия и снобизма, навязывающих окружающим неудобный для них медленный темп речи. Когда человек говорит на трудную для себя тему, он начинает заикаться, запинаться, неправильно строит предложения, в речи появляются лишние слова «вот», «значит», «так сказать», «стало быть», «как говорится» и т. п. Чем больше в речи запинок, подобных слов, тем меньше степень доверия к полученной информации и менее компетентным кажется говорящий. Напротив, чем правильнее, организованнее речь, тем больше степень доверия к полученной информации и более компетентным кажется говорящий. Паузы часто используются в речи, когда хотят подчеркнуть значение сказанных слов. Пауза придает большую весомость произнесенным фразам. Они помогают не только повышать напряжение, но и провоцировать эмоциональную «разрядку» с реагированием и последующей релаксацией.

При установлении контакта и взаимопонимания консультанта и пациента важно и необходимо анализировать его ответы, вычлняя в них слова, определяющую ведущую систему восприятия информации пациентом, которая может быть подразделена по ведущему органу восприятия информации на системы:

1. **Визуальная** – ведущий орган восприятия - глаза. Пациент будет использовать в своей речи слова: посмотреть, видеть, ясно, перспектива, фокусировать, иллюстрировать, показывает, очевидно, явно, далеко, близко, четко, глядеть, ярко...

Например:

Пациент: *«Видите ли, доктор, у меня нет очевидных проблем, которые бы меня беспокоили».*

Медицинский работник: *«Хорошо, и все же давайте рассмотрим сложившуюся ситуацию. Результаты диспансеризации ясно показывают тревожную картину состояния Вашего здоровья»*

2. **Аудиальная** – ведущий орган восприятия – уши. В речи пациента будут встречаться следующие слова: слышать, слушать, высказывать, говорить, акцент, гармонично, звучит, тишина, глухо, звонко, громко, монотонно, резонанс, сказать...

Например:

Пациент: «*Послушайте* доктор, у меня нет проблем, о которых стоило бы говорить».

Медицинский работник: «Хорошо, и все же позвольте мне *высказать* свое мнение о сложившейся ситуации. Результаты диспансеризации *говорят сами за себя*. Состояние вашего здоровья не совсем *гармонично*, и я хочу сделать на этом *акцент*»

3. **Кинестетическая** – ведущий орган восприятия – тело. В речи такого пациента можно услышать: ощутить, почувствовать, теплота, жарко, коснуться, удобно, комфортно...

Например:

Пациент: «Доктор, я не *чувствую* каких – то проблем, о которых стоило бы *пережить*».

Медицинский работник: «Хорошо, располагайтесь *поудобнее* и давайте поговорим *о сложившейся* ситуации. Результаты диспансеризации *касаются нарушений* вашего здоровья. Состояние вашего здоровья может сделать вашу жизнь *некомфортной*»

4. **Дискретная** – ведущий орган восприятия - аналитическая функция мозга. Пациент будет оперировать в речи такими словами: считать, анализировать, доверять, в результате, в итоге, как следствие.

Например:

Пациент: «*Понимаете* доктор, я не *считаю*, что у меня есть какие-то проблемы, которые стоило бы *обсуждать*».

Медицинский работник: «Хорошо, давайте проанализируем сложившуюся ситуацию. Результаты диспансеризации сигнализируют о другом, тревожном состоянии вашего здоровья. По этой причине мы с вами встретились здесь сегодня»

Вследствие вышеперечисленного, можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинскими работниками такого психологического параметра как коммуникативная компетентность. Под этим термином понимается способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, что подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения. С другой стороны коммуникативная компетентность представляет собой систему внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций межличностного взаимодействия, в том числе и в процессе установления контакта с пациентом.

2. Фаза ориентации (мотивационный зондаж)

Это фаза, в которой медицинский работник, ориентируясь на установки, ожидания и мотивации пациента, стремится понять в какой форме и каким образом преподнести информацию пациенту. Основной задачей медицинского работника в этот период является определить основные ожидания пациента в проблемах своего здоровья и жизни в целом, что является ведущей мотивацией к изменениям в области сохранения своего здоровья, а также снижение эмоционального напряжения и повышение продуктивности межличностного взаимодействия.

Основные факторы, влияющие на формирование мотивации у пациента в процессе профилактического консультирования

Чтобы понять пациента необходимо определить, мотивация какого типа лежит в основе его поведения. Важно знать, что мотивация может быть внешней и внутренней.

Внешняя мотивация имеет место, когда мы хотим выполнить какое – либо действие или принять участие в мероприятии, чтобы получить вознаграждение или избежать наказания. Внешней мотивацией пациента будет являться тогда, когда в разговорной речи больного присутствует приписка внешним причинам, которые толкают на изменение поведения (например, заставляют на работе пройти лечение по итогам диспансеризации).

Внутренняя мотивация побуждает к выполнению действия, потому что она несет личную выгоду. По существу работа над собой выполняется ради самого себя, а не для получения какого –либо вознаграждения, то есть присутствует желание делать что – либо ради собственного удовольствия. Внутренняя мотивация проявляется тогда, когда пациент полагает, что у него есть выбор и он самостоятельно принимает решение о выполнении поставленной перед ним задачи; если он считает, что сможет её выполнить; если его будет поддерживать и медицинский работник и близкое окружение.

Если при консультировании содержание разговора соответствует потребности пациента в информации и подталкивает его к изменению своего поведения в сторону улучшения своего здоровья, то пациент находит консультацию полезной. В контексте профилактического консультирования это проявляется в виде желания участвовать в выполнении советов и рекомендаций медицинского работника.

Описанные два типа мотивации отличаются по эффективности в текущем поведении. Главная разница между внутренней и внешней мотивацией заключается в том, что внешняя находится за пределами личности, в то время как внутренняя возникает изнутри. Так как внутренняя мотивация возникает внутри самого человека, то она и является более эффективной в стимулировании поведения.

Определение типа мотивации пациента

Характер мотивации пациента выстраивается на основе ответов пациента, подводя его к желанию включиться в процесс изменения образа жизни, поведенческих установок, привычек.

В такой беседе желательно использовать **открытые вопросы**, для того чтобы получить полный, содержательный и вдумчивый ответ. Задавая такие вопросы, вы призываете собеседника быть более открытым, потому что демонстрируете ему вашу заинтересованность. Подобные вопросы начинаются со следующих слов: почему, как, что, считаете ли, опишите, ожидаете ли, расскажите мне о, что Вы думаете о..., и помогают достичь изменений.

Информация о типе мотивации пациента выясняется с помощью ответов, полученных на следующие вопросы:

1. Ожидаете ли вы успеха от работы по изменению своего поведения в сторону улучшения своего здоровья?
2. Считаете ли вы поставленную перед вами задачу ценной и выполнимой для себя?
3. Почему вы хотите выполнить задачу?

Если пациент проявляет заинтересованность в теме беседы, считает себя способным изменить образ жизни согласно советам и рекомендациям медицинского работника, а также уверен в положительном результате, то он мотивирован внутренне.

Если пациент демонстрирует отсутствие интереса, раздражен, не считает нужным что – либо менять в своей жизни, но соглашается под давлением медицинского работника обсуждать эти темы, то присутствует внешняя мотивация.

Если пациент отмечает для себя важность здорового образа жизни и здоровья в целом, то это является частью его внутренней мотивации. Если же он не заостряет внимание на своем здоровье или пытается игнорировать уже существующие факты его проблем, но попадает под влияние общественного мнения, мнение значимых для него людей – то это признак внешней мотивации.

Если пациент декларирует свое собственное, осознанное желание изменить свою жизнь к лучшему, обращая внимание на улучшение качества жизни в процессе профилактики, то он внутренне мотивирован. Если же прослеживается акцент на внешние влияния (жизнь заставляет, работа требует, настаивают родственники), это означает, что он мотивирован внешними факторами.

Повышение эффективности мотивационного компонента в профилактическом консультировании

Для улучшения мотивации пациента к изменению существуют определенные виды воздействий, используемых медицинским работником в процессе беседы.

Ориентация внешне мотивированного пациента направлена на **конечный результат** с позиции «выполнил – не выполнил», то есть он ждет определенной оценки со стороны медицинского работника. Для удержания такой позиции необходимо использовать активное внешнее воздействие в виде поощрений или укоров.

И наоборот ориентация внутренне мотивированного пациента направлена на **качество выполнения**, так как присутствуют собственные представления о критериях.

Критерии могут быть представлены и медицинским работником, и окружением пациента, и собственным опытом и знаниями.

Важно учитывать и индивидуальные особенности пациента: возраст, пол, образование, социальную принадлежность, статус, семейное положение, жизненную позицию (активная, пассивная), желание к общению, эмоциональное состояние. Учитывая все особенности пациента позволяет сформировать его мотивацию в нужном направлении.

3. Фаза аргументации

Фаза аргументации является периодом активного взаимодействия медицинского работника и пациента, а также характеризуется неоднократным применением приемов поддержания внимания. В данной фазе преобладает расхождение во мнениях между пациентом и медицинским работником в процессе профилактического консультирования. Виды и этапы профилактического консультирования широко раскрыты в методических рекомендациях по диспансеризации определенных групп взрослого населения С.А. Бойцова.

Если в процессе общения пациент демонстрирует различные негативные эмоции, например гнев, агрессию, раздражение, подавленность, апатию и т.д., медицинскому работнику необходимо проявить терпеливость, тактичность и принять позицию активного слушания. Это позволит изменить его эмоциональное состояние, успокоить и, в дальнейшем вызовет чувство благодарности, большего доверия к медицинскому работнику, а также поможет в выполнении назначенных рекомендаций по коррекции факторов риска при проведении профилактического консультирования.

По форме проведения выделяют следующие варианты профилактического консультирования:

А. Краткое профилактическое консультирование

Краткое профилактическое консультирование проводится как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра медицинским работником. Проводится по структурированной схеме не более 10 минут. В рамках данного консультирования все пациенты должны получить информацию о здоровом образе жизни и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска.

Алгоритм краткого профилактического консультирования

1) Информирование пациента как о выявленных заболеваниях, так и об имеющихся у него факторах риска, величине суммарного сердечно – сосудистого риска, уровнях артериального давления, частоте сердечных сокращений, уровнях общего холестерина, глюкозы крови, о результатах клиничко–инструментальных исследований, установленной группы здоровья и, при показаниях, о необходимости и периодичности диспансерного наблюдения. Информирование о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов и показателей, к которым необходимо стремиться. Обучение пациента основам самоконтроля артериального давления в домашних условиях (особенно важно при повышении артериального давления), основам и методам доврачебной самопомощи при острых состояниях, взаимопомощи. Информирование о возможности получения углубленного профилактического консультирования или посещения школы пациентов (графиком работы кабинета медицинской профилактики, центра здоровья, порядком записи на прием желающих бросить курить, снизить избыточную массу тела и др.)

2) Объяснение пациенту с факторами риска их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важности постоянного контроля факторов риска.

3) Оценка отношения пациента к факторам риска, его желаний и готовности к изменению (оздоровлению) образа жизни. Если пациент выражает желание к снижению факторов риска, рекомендовать ему обратиться в центр здоровья (пациентам 1-2 группы здоровья) или в отделение (кабинет) медицинской профилактики (пациентам 2-3 групп здоровья).

4) Регистрация в амбулаторных картах факторов риска, рекомендаций, сроках повторных контрольных визитов при необходимости.

5) Контроль выполнения рекомендаций, одобрение позитивных изменений и соблюдения рекомендаций, повторение советов при последующих визитах.

Б. Углубленное профилактическое консультирование

Проводится лицам с 2 – й и 3-й группой здоровья по направлению участкового врача в кабинете медицинской профилактики, специально обученным медицинским работником. Продолжительность углубленного профилактического консультирования составляет 45 минут. При таком виде консультирования возможно его повторение для контроля и поддержания выполнения врачебных советов. Целью такого консультирования при любом факторе риска или их сочетании – сформировать у пациента ответственное отношение к здоровью, способствовать формированию мотивации к оздоровлению поведенческих привычек, влияющих негативно на здоровье, на развитие биологических факторов риска, ухудшающих течение и прогноз заболеваний (при их

наличии) и обучить пациента контролю факторов риска для снижения риска неинфекционных заболеваний.

Алгоритм углубленного профилактического консультирования

1) Опрос пациента о факторах риска (курение, употребление алкоголя, питание, физическая активность и др.) и информирование пациента о выявленных факторах риска. Оценка суммарного сердечно – сосудистого риска. Объяснение риска пациенту. В рамках диспансеризации профилактического медицинского осмотра оценка факторов риска проводится по унифицированной анкете предложенной С.А. Бойцовым в методических рекомендациях по диспансеризации определенных групп взрослого населения.

2) Объяснение пациенту с факторами риска необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важности контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней.

3) Оценка отношения пациента к факторам риска, его желаний и готовности к изменению (оздоровлению) образа жизни, оценка индивидуальных особенностей (наследственности, привычек питания, физической активности, степени никотиновой зависимости у курящих и прочее). Если пациент мотивирован на снижение факторов риска, то необходимо рекомендовать ему обратиться в центр здоровья (пациентам 1 и 3 группы) или для снижения риска и динамического наблюдения в отделении (кабинете) медицинской профилактики (пациентам 2-3 групп).

4) Обсуждение с пациентом плана действий и составление совместно с ним согласованного, конкретного и реалистичного плана оздоровления, графика повторных визитов и контроля факторов риска в соответствии с

утвержденным Минздравом России Порядком диспансерного наблюдения.

5) Уточнение, насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Предоставление пациенту письменных рекомендаций (памяток, листовок, буклетов).

6) Повторение рекомендаций и акцентуация внимания пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения.

7) Обучение пациента конкретным умениям по самоконтролю и основам оздоровления поведенческих привычек, дать конкретные советы и рекомендации.

8) Регистрация в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации, паспорте здоровья, факторов риска, рекомендаций по снижению риска, сроках повторных контрольных визитов, а также, по возможности, соблюдение рекомендаций и полученных результатов.

9) Внесение необходимых изменений тактику поведения пациента при каждом визите, повторение и уточнение графика повторных визитов. Одобрение позитивных изменений.

10) Контроль выполнения рекомендаций, соблюдения рекомендаций, преодоления барьеров, изменения поведенческих привычек, отношения к здоровью, результат.

Углубленное профилактическое консультирование относится к индивидуальному консультированию, поэтому необходимо учитывать отношение пациента к изменению поведенческих привычек. Процесс изменения человека не всегда носит поступательный характер. Сложности представляет момент, когда встает вопрос о необходимости изменить привычки и поведение пациентов. Обычно вредные привычки не воспринимаются как дискомфорт или неудобство, а наоборот как удовольствие (покурить

расслабиться и скоротать время, выпить – пообщаться или снять стресс, поесть – снять напряжение после конфликтов).

В. Групповое профилактическое консультирование

Групповое профилактическое (школа пациента) – это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта повышается.

Групповое профилактическое консультирование является одним из компонентов второго этапа диспансеризации проводится в специально оборудованном кабинете медицинским работником кабинета медицинской профилактики по направлению участкового врача для пациентов, отнесенных ко 2 и 3 группам состояния здоровья. Групповое профилактическое консультирование включает несколько визитов (занятий), продолжительностью около 40 – 60 минут каждое, проводится обученным медицинским работником по специально разработанным и утвержденным программам обучения.

Группа пациентов формируются по однородным признакам и тематике, например, со сходным заболеванием или по факторам риска. Численность группы должна быть не более 10-12 человек.

Целью школы пациентов является:

- Повышение информированности пациентов о заболевании и факторах риска развития заболеваний и осложнений
- Повышение ответственности пациента за сохранение здоровья

- Формирование рационального и активного отношения пациента к здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению
- Формирование навыков и умений по самоконтролю и самопомощи в неотложных ситуациях
- Формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих, управляемых факторов риска

Каждое занятие включает информационный материал и активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов. Все занятия должны быть заранее хронометрированы, иметь четкие страницы по его проведению.

Информационная часть занятий проводится в течении каждого занятия дробно, по блокам не более 10-15 минут, чтобы избежать лекционной формы работы с пациентами.

Активная часть содержит активную работу с пациентами, которая может проводиться в разных формах:

- Вопросы – ответы
- Заполнение вопросников, анкет, тестов, имеющих отношение к теме занятия, и обсуждение их результатов – по ходу обсуждения могут даваться целевые советы, что имеет высокую результативность, чем безадресные ответы.
- Проведение тренингов, расчетов и оценок, например, расчет индекса массы тела, суточной калорийности, индекса курильщика
- Обучение практическим навыкам – измерения артериального давления, подсчета пульса
- Знакомство со справочными таблицами, построение рациона, ведение дневников и ежедневных журналов.

Вся наглядная информация, используемая в школе, должна быть: красочной, демонстративной,

запоминающейся, понятной, простой в восприятии, заинтересовывающей, доступной.

Эффективная передача информации, способствующей формированию осознанного восприятия и принятия пациентом врачебных рекомендаций, определяется такими факторами как:

- четкое разъяснение пациенту цели рекомендации/совета

- умение задавать и вопросы и выслушать пациента с повторным объяснением сути совета, если это необходимо

- исключение двусмысленности, нечеткости и употребления сложных медицинских терминов и сложных объяснений

- конкретные адресные советы

В процессе групповых занятий у пациентов приобретаются не только важные знания, но определенная эмоциональная и социальная поддержка. При этом создается атмосфера доверия коллектива за счет обмена опытом между пациентами, примеров из жизни. Необходимо заметить, что после группового занятия, индивидуальное консультирование оказывает более благотворное влияние и эффективно закрепляет приобретенные навыки у пациентов. При обсуждении в группе создаются хорошие условия для применения основных принципов и приемов обучения взрослого человека с учетом его психологических особенностей и поведенческих привычек.

На попытки изменения поведения одного человека очень часто влияет образ мышления и поведения других членов группы при групповых занятиях. Распространенная тенденция донести «поведенческие изменения» до отдельного лица неэффективна. Все начинающие усваиваться навыки быстро вытесняются новыми

моделями поведения и взаимоотношений, преобладающими в группе.

4. *Фаза корректировки, или обратной связи*

Задачей медицинского работника является достижение комплайенса (согласия) во взглядах на заболевание и факторы риска, а также на коррекцию поведения направленную на сохранение и укрепление здоровья.

Медицинский работник должен убедиться в том, что пациент правильно понял, сформировал объективное представление о своем состоянии, готов и будет выполнять все данные ему рекомендации. Медицинскому работнику необходимо получить обратную связь от пациента, то есть добиться того, чтобы пациент проговорил о готовности к изменению своего поведения по отношению к своему здоровью.

Обратная связь—оценка уровня достижения цели (степени разрешения проблемы) и обобщение достигнутых результатов.

Для того чтобы получить эффективную обратную связь от пациента необходимо придерживаться определенных правил:

1. Пациенту необходимо описать свои собственные реакции на то, что услышал, увидел, испытал. Это дает возможность человеку воспользоваться или не воспользоваться обратной связью на свое усмотрение.

Пример: «Я испытал самый настоящий испуг, когда услышал о своем заболевании»

2. Недопустимо позволять пациенту выносить суждения и обвинения.

Давая обратную связь, пациент не может быть «прав» или «не прав». Он выражает восприятие преподнесенной информации.

3. Пациент в процессе обратной связи выражает свои чувства и ощущения. Это позволяет избежать общих заявлений. Кроме того у специалиста появляется возможность получить необходимую информацию.

4. Чтобы обратная связь была полезной, она должна быть своевременной, то есть осуществляться в конце консультативного процесса.

5. После получения обратной связи у пациента появляется выбор измениться или нет.

В процессе консультирования важны не столько схемы (хотя общее представление и понимание хода консультирования обязательны), сколько профессиональная и человеческая компетенция специалиста. Ее составляют многие элементы, в том числе определенные правила и установки консультанта, выстраивающий процесс консультирования в определенную структуру делающей его эффективной:

1. Не бывает двух одинаковых пациентов и ситуаций консультирования. Поэтому каждое консультативное взаимодействие уникально и неповторимо.

2. В процессе консультирования пациент и медицинский работник постоянно изменяются сообразно их отношениям. Самым лучшим экспертом собственных проблем является пациент, поэтому при консультировании следует помочь ему принять на себя ответственность за решение его проблем. Видение собственных проблем пациентом не менее, а может быть, и более важно, нежели представление о них медицинским работником.

3. В консультировании неуместно добиваться цели любой ценой, не обращая внимания на эмоциональное состояние пациента.

4. Стремясь помочь пациенту, специалист обязан "подключить" все свои профессиональные и личностные возможности, однако в каждом конкретном

случае он не должен забывать, что он всего лишь человек и поэтому не способен полностью отвечать за другого человека, за его жизнь и трудности.

5. Профилактическое консультирование - это процесс, в котором заметные улучшения сменяются ухудшениями, потому что изменение поведения пациента требует многих усилий и риска, которые не всегда и не сразу завершаются успехом.

6. Эффективное профилактическое консультирование — это процесс, который выполняется *вместе* пациентом, но *не в месте* пациента.

2. Повышение эффективности общения с пациентом

2.1 Технологии эффективного общения

В данное понятие входят способы, приемы и средства общения, которые в полной мере обеспечивают взаимное понимание и взаимную эмпатию.

Эмпатия – способность поставить себя на место другого человека, способность к сопереживанию.

Основные правила эффективного общения:

1. Концентрация внимания на пациенте, его сообщении.

2. Уточнение правильности общего содержания принимаемой информации и её деталей. Сообщение пациенту в перефразированной форме смысл принятой информации.

3. Соблюдение последовательности сообщения информации.

4. Нежелательно переходить к новым сообщениям, если нет убеждения в точности принятой пациентом информации.

5. Поддержание атмосферы доверия, взаимного уважения, проявление эмпатии к пациенту.

6. Построение сообщений на простом и понятном пациенту языке.

7. Поддерживание убедительного тона на всем протяжении консультирования.

Психологами замечено:

Чтобы с самого начала беседы расположить к себе пациента, нужно дать ему, как минимум три психологических «плюса», иными словами сделать приятны подарки его психике. Существует большое множество возможных «плюсов», но наиболее универсальные из них:

- Комплимент
- Улыбка
- Имя собеседника и поднятие его значимости

2.2 Активное слушание: техники и основные приемы

Одним из направлений в навыках коммуникации является технология активного слушания. Суть заключается в доброжелательном отношении к собеседнику, желании понять его. Основным приемом активного слушания является заинтересованность. Знание некоторых технологий поможет завоевать доверие пациента, получить от него более полную информацию. В процессе активного слушания позволяет лучше понять переживания и ожидания пациента от профилактического процесса.

Во время общения важно не только выразительно, грамотно говорить, но и уметь слушать собеседника. Для достижения взаимопонимания это имеет большое значение.

Умение слушать зависит от типа личности, интеллекта, культуры общения, возраста, гендерной принадлежности.

Учеными доказано, что женщины эмоциональны во время слушания, невнимательны, часто перебивают

собеседника собственными рассказами. Мужчины же способны дослушать информацию до конца, мысленно подыскивая пути ее решения.

Активное слушание – смысловое восприятие информации. Это коммуникативное умение позволяет сконцентрироваться на беседе, уточнять детали, переспрашивать. С помощью этой технологии собеседник чувствует необходимость в своей информации, интерес к ней окружающих.

Основные этапы активного слушания

Искренний интерес к человеку, желание ему помочь.

Внимание к эмоциональному состоянию собеседника.

Умение временно отбросить критическое суждение, постараться встать на место говорящего.

Создать благоприятную обстановку для собеседника, стимулируя его на самостоятельный поиск решения ситуации.

Помехи для активного слушания

Во время слушания человек сталкивается с определенными сложностями, которые мешают восприятию информации.

Внутренние помехи – это собственные мысли, переживания. Они мешают восприятию, заставляя концентрироваться на одной мысли или целом комплексе размышлений. Мечтательное или сонливое состояние также препятствует активному слушанию.

Внешние помехи – раздражители, которые заставляют отвлекаться от беседы. Это может быть неумение собеседника доносить информацию (несвязность и невнятность речи, ее темп и громкость), посторонние люди или отвлекающие шумы (телефон, ремонтные работы, звуки транспорта).

Техника активного слушания условно разделяется на 2 вида: мужской и женский.

- **Мужской вид активного слушания**

Здесь важна правильная подача информации, ее понимание и анализ. Поэтому в активном слушании мужского вида чаще всего звучат уточняющие вопросы: «где», «сколько», «когда», «для чего», «каким образом».

- **Женский вид активного слушания**

Ориентирован на чувства и эмоции. Здесь не столько важна точность информации, сколько отношение к ней или собеседнику. Это позволяет встать на место пациента, почувствовать его настроение, переживания. Во время общения следует обратить внимание на слова пациента, постараться понять его. Это позволит правильно подобрать соответствующие приемы активного слушания. К ним относятся поощрение, повторение, отражение, обобщение.

Приемы активного слушания

Основные приемы активного слушания заключаются в желании уловить суть речи пациента, по возможности помочь ему.

Овладение этими методами достигается при условии постоянной тренировки. К приемам активного слушания относятся:

Поощрение

Оно заключается в заинтересованности, выраженном желании выслушать пациента. На этом этапе важна доброжелательность, отсутствие оценочных мнений.

Здесь могут быть использованы невербальные методы (улыбка, кивание, доброжелательный взгляд). В дополнение к ним – вербальные. Это слова «угу», «продолжайте, пожалуйста», «я вас внимательно слушаю», «как интересно».

Повторение

Оно заключается в уточняющих вопросах, повторении фраз говорящего. Словесная концентрация на основных моментах беседы.

Пациенту будет проще указать на ошибку и озвучить свой вариант фразы. Это вопросы «я вас правильно понимаю?», «вы это хотели сказать?», «другими словами...»

Отражение

Оно заключается в понимании эмоций пациента. На этом этапе можно копировать в умеренных дозах мимику или жесты пациента, таким образом выражая интерес и полное взаимопонимание.

Используются слова: «вы встревожены», «вы чувствуете, что...», «вам кажется, что...».

Обобщение

Оно заключается в подведении итогов речи пациента. Это концентрация на главной мысли всего сказанного и подбор компромисса.

Специалист обязательно подводит итог, тем самым давая понять, что внимательно слушал пациента и понял его основную проблему. Это слова «кажется, я понимаю, что вы хотели сказать...», «похоже, что самое главное здесь...», «если я правильно понимаю, вы испытывали...», «в общем вы решили, что...».

2.3 Техники вербализации

Обмениваясь коммуникативными сигналами, медицинский работник и пациент передают информацию и о своих внутренних психических состояниях: эмоциях, чувствах, переживаниях. Эмоции и чувства служат важнейшими регуляторами их межличностной коммуникации.

Вместе с тем эмоциональное напряжение, взволнованность, импульсивность, нетерпение могут искажать смысловое поле информации. В связи с этим возникает необходимость в активизации эмоционального

фона при общении. Это достигается с помощью техник регуляции эмоционального напряжения и вербализации эмоций и чувств.

Техники вербализации эмоций и чувств включают:

- непосредственную вербализацию собственных эмоциональных состояний пациента;
- косвенную (опосредованную) вербализацию эмоций и чувств пациента;
- метафорическую вербализацию эмоциональных состояний пациента и медицинского работника.

Техника непосредственной вербализации эмоций и чувств состоит в прямом информировании пациента о собственном эмоциональном состоянии ("Меня взволновало...", "Меня тревожит...", "Меня беспокоит...", "Меня радует...") или вербализации переживаемых пациентом эмоций и чувств ("Вас беспокоит...", "Вас тревожит...", "Вас удивляет...").

Непосредственная вербализация позволяет несколько снизить напряженный психоэмоциональный фон при общении.

Косвенная (опосредованная) вербализация эмоций является более эффективной для локализации негативных эмоций пациента, когда их непосредственная вербализация не только неуместна, но и неприемлема (например, в напряженных и тревожных ситуациях, когда прямая (непосредственная) вербализация негативного эмоционального состояния пациента лишь провоцирует его усиление).

Косвенная вербализация чаще всего реализуется в таких формулировках, как: "Я понимаю, что это беспокоит вас", "Я чувствую, что вы чем-то расстроены". Использование позитивных высказываний при вербализации негативных эмоций способствует снижению

эмоциональной напряженности между медицинским работником и пациентом.

Метафорическая вербализация более приемлема для локализации противоречивых эмоциональных состояний медицинского работника и пациента, которые связаны с их двойственным отношением друг к другу, с одновременным принятием и отвержением каких-либо свойств друг друга.

Например, нетерпение медицинского работника в общении может быть связано с тревожным ожиданием бурной эмоциональной реакции на его информацию или с предчувствием быстрого отрицания проблемы пациентом. Метафорическая вербализация, использующая аналогии, сходства, сравнения, которые понижают психическое напряжение, способствует позитивной коррекции дискомфортного эмоционального состояния и медицинского работника, и пациента.

3. Продуктивные подходы к пациентам, нежелающим идти на контакт в процессе профилактического консультирования

Медицинскому работнику часто приходится сталкиваться с реакцией сопротивления у пациента, когда тот, обычно не вполне осознавая это, препятствует специалисту в его работе. Причин такого поведения, когда пациент фактически уклоняется от предлагаемой помощи, может быть много: страх перед изменениями и необходимостью меняться самому, нежелание понимать и принимать информацию, избегание интенсивной интеллектуальной деятельности, требующей значительных психологических усилий; склонность к манипуляциям в межличностных отношениях. Проявления поведения сопротивления также многообразны – молчание или бурные сцены со слезами; игнорирование консультативной помощи, отказ от посещения врача, агрессия и многие другие формы

поведения, направленные на то, чтобы отвлечь медицинского работника от проблем пациента.

В качестве одного из способов работы с ситуациями сопротивления А.Ф. Копьев предлагает использовать следующее:

1. Необходимо принять за норму существование некоторого сопротивления. Важно помочь пациенту увидеть, что его уклонение или сопротивление не делает его странным. После этого помочь ему увидеть положительную сторону сопротивления. Это может служить хорошим свидетельством его самоутверждения.

2. Сопротивление – это своеобразный способ избегания от проблемы. Уклонение и сопротивление можно рассматривать как форму избегания, необязательно связанного с больной волей клиента. Поэтому необходимо выяснить принципы и механизмы, лежащие в основе избегающего поведения. Если пациенты избегают консультирования вследствие того, что воспринимают его как наказание (или, по меньшей мере, как условие вознаграждения) специалисты должны очень ясно показать, что участие в терапевтическом процессе скорее вознаграждение, чем наказание, и что изменение может дать большее вознаграждение, чем сохранение статуса. Медицинские работники должны осознавать, что мотивация должна в большей степени затрагивать побуждения, нежели "мотивы", для которых сердца клиентов закрыты. Медицинские работники в первую очередь должны задать себе такой вопрос: "Какие побуждения толкают пациента к данной форме сопротивления?" "Какие побуждения действительно необходимы пациенту, чтобы отказаться от сопротивления?"

3. Специалисту для приобретения практических навыков желательно проработать свое собственное сопротивление. Исследовать сопротивление в своей

собственной жизни. Интенсивное обучение моделям, методологии и навыкам научат медицинского работника тем способам, которые они сами используют для сопротивления роста и развития. Если в контакте с различными формами сопротивления специалист находит способы преодолеть его, то, весьма вероятно, что он сможет помочь пациентам совладать с их сопротивлениями.

4. Исследовать качество вмешательств. Изучить свое поведение как консультирующего медицинского работника, при этом, однако, не поддаваться неоправданному чувству вины. Посмотреть, не делает ли он что-либо такого, что вызывает сопротивление пациента.

Например, не осознавая того, специалист может стать слишком директивным. Помимо этого, отслеживать те эмоции, которые вскипают из-за сопротивления пациента, а также то, как он сообщает ему о них. Ни в коем случае нельзя отрицать эти чувства. Например, не следует чрезмерно индивидуализировать сопротивление пациента. Если медицинский работник позволит враждебно настроенному пациенту "влезть в душу", то, вероятно, эффективность работы снизится.

5. Необходимо принять сопротивление пациента и работать с ним. Это главный принцип. Начинать нужно с системы отсчета пациента. Нельзя игнорировать сопротивление и пугать пациента. Дать пациенту понять, как медицинский работник переживает сопротивление, и после этого вместе исследовать его. Такое моделирование открытости указывает путь к изменению. При этом чрезвычайно важен навык прямого диалога.

6. Специалисту нужно быть реалистичным и гибким и помнить, что возможности медицинского работника не беспредельны. Выяснить в первую очередь, в чем его личные и профессиональные ограничения. Если

ожидания роста, развития и изменения превосходят ожидания пациента, то консультативные отношения могут закончиться противоборством.

7. Желательно поощрять в пациенте ответственность за себя. Даже несмотря на то, что сопротивление пациента в какой-то мере естественно, в конечном счете ответственность за то, чтобы справиться с ним, по-прежнему несет пациент. Необходимо обучить пациентов тому, как эффективно участвовать в консультативном процессе, и демонстрировать им, как это может служить их собственным интересам.

8. Один из важных приемов – это учреждение "справедливого общества". Уклоняющиеся и сопротивляющиеся пациенты часто чувствуют себя жертвами. В той степени, в какой это не противоречит терапевтическим целям, необходимо стремиться к максимальной взаимности. Справедливое общество основывается на взаимном уважении и совместном планировании, - это и нужно использовать в ресурсной роли сотрудничества.

9. Хороший эффект дает обсуждение тех процедур, которые используются в процессе консультирования. Можно заключить с пациентом мини-контракт, который охватывает только пару первых сессий.

10. Помочь распознавать поддерживающие сопротивление побуждения. Помочь пациенту увидеть и оценить корни и даже правомочность его сопротивления. Если он открывает для себя ту выгоду, которая связана с его сопротивлением и которая помогает его поддерживать, то он всегда волен искать другие способы достижения того же или лучшего результата. Использовать конфронтацию, чтобы иначе посмотреть на сопротивление.

11. Искать побудительные мотивы для преодоления сопротивления. Помочь пациентам найти

побудительные мотивы участия в консультировании. Использовать их стремление к самопознанию.

12. Необходимо начать с малых целей – с умеренных, достижимых, совместно сформулированных целей. Нельзя позволять пациенту проявлять перфекционизм – в форме постановки не реалистических близких или далеких целей – как ловушку. Как можно скорее помочь пациенту испытать реальный успех в терапевтическом процессе. Помочь пациентам выбирать цели, которые, с их точки зрения, улучшат их жизнь.

Заключение

Взаимоотношения в системе «медицинский работник – пациент», которые складываются в процессе профилактического консультирования являются неотъемлемой частью при создании определенной терапевтической среды как при лечении больных, при осуществлении диспансеризации населения так и при проведении профилактических мероприятий.

Рассмотренные вопросы в методических рекомендациях способствуют выработке навыков эффективного общения с пациентом на протяжении всего приема и консультации, с целью достижения умения формирования у пациента чувства доверия к медицинскому работнику и готовности к изменению своего поведения в сторону здорового образа жизни.

Список литературы

1. Абалова, А.Ю. Основы психологии. Учебное пособие / А.Ю. Абалова. – М.: Стимул, 2002. – 237с.
2. Диспансеризация определенных групп населения. Методические рекомендации (3-е издание с дополнениями и уточнениями) / С.А.Бойцов, П.В.Ипатов, А.М.Калинина, и др. – М: ГНИЦПМ, 2015. – 21 с.
3. Ильин, Е.П. Мотивация и мотивы/Е.П. Ильин.– СПб.: Питер, 2008. – 145с.
4. Конечный Р., Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага, 1974. – 87с.
5. НорманКазинс. Анатомия болезни с точки зрения пациента. Размышления о лечении и выздоровлении / НорманКазинс. – Москва, 1991. – 120с.
6. Носачев, Г.Н. Эффективное общение и предупреждение конфликтов в системе «Врач – пациент». Научно – практическое пособие / Г.Н. Носачев. –М: Инфра, 2015. – 53 с.
7. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса/ В.А. Ташлыков. – Ростов – на –Дону: Феникс, 1999. – 45с.
8. Телешевская, М.Э. Глазами больного / М.ЭТелешевская. –Киев: Феникс, 1985. – 112с.