Реферат на тему:

# Етичні аспекти опитування хворого

**Ознайомлення з уже заповненою частиною історії хвороби.** Перед тим як зустрітися з хворим, треба швидко переглянути історію хвороби або амбулаторну карту. Необхідно звернути увагу на анкетні дані. Відомості про вік, стать, національну належність, сімейне положення, місце проживання, вид діяльності та віросповідання важливі не тільки для отримання попереднього уявлення про життя хворого, але ці відомості можуть навіть допомогти сформулювати діагностичну концепцію. Звідки поступив хворий, ким він направлений і у зв'язку з чим? Під час ознайомлення з історією хвороби лікар може отримати цінну інформацію про встановлені раніше діагнози і проведене лікування. Одначе це не повинно заважати формулюванню нових діагностичних гіпотез.

**Довколишня обстановка.** Необхідно зробити обстановку зручною і неофіційною. Треба знайти місце, де можна було б сидіти з хворим віч-на-віч. Якщо лікар веде розмову недбало, притулившись до стіни, прямуючи до дверей або переступаючи з ноги на ногу, у хворого може зникнути бажання говорити. Такий самий негативний вплив справляє демонстрація своєї зверхності або навіть неповаги до хворого (наприклад, якщо ви починаєте опитування хворої, котра лежить на спині у положенні для піхвового дослідження).

Треба триматися від хворого на деякій відстані: не дуже близько, щоб уникнути непотрібної Інтимності, і не дуже далеко, щоб не ускладнювати спілкування. Хворим легше говорити, коли вони сидять поряд з лікарем, а не дивляться на нього через стіл, як через бар'єр. Якщо хворий не бажає більшого зближення з лікарем, він дасть йому це зрозуміти. Неабияку роль відіграє і освітлення. Не треба лікарю сідати так, щоб між ним і хворим знаходилось яскраве джерело світла або вікно. Лікар бачить хворого добре, але хворому незручно буде дивитися на лікаря. Необхідно опитувати хворого невимушене.

**Поведінка та зовнішній вигляд лікаря.** У процесі опитування хворий спостерігає за лікарем так само, як і лікар за ним. Бажаючи цього або ні, лікар своєю розмовою й поведінкою надає хворому інформацію про себе. Лікарю необхідно уважно ставитися до цієї інформації і контролювати її. Поза, жести, погляд, мова лікаря можуть виражати цікавість, увагу, розуміння, прихильність. Досвідчений лікар веде розмову спокійно, не поспішає, навіть якщо його час обмежений. Прояв роздратування, несхвалення, збентеження, нетерпіння або нудьга, а також стереотипна, поблажлива або іронічна мова заважають розмові. Про це не слід забувати не тільки у спілкуванні з хворим, але й під час обговорення його недуги зі своїми колегами.

Зовнішній вигляд також може сприяти налагодженню контакту з хворим. Лікар повинен бути охайним, пристойно вдягненим. У той самий час при спілкуванні з дітьми або хворими молодого віку треба уникати консерватизму в одязі.

Запис отриманих відомостей. Запам'ятати всі подробиці важко, через це лікар мусить робити для себе нотатки. Більшість хворих до письмової реєстрації повідомлених ними відомостей ставляться спокійно, одначе у деяких це може викликати недовіру. У цьому випадку лікар повинен з'ясувати причину їхнього занепокоєння й пояснити необхідність записів його бажанням бути точним. З часом лікар зможе записати більшу частину отриманої інформації (анамнез, стан хворого на момент огляду, сімейний анамнез, опис органів та систем) у завершеному вигляді в процесі розмови з хворим. Запис інформації не повинен відвертати увагу від хворого і позбавляти його Ініціативи в розмові. З'ясовуючи характер хвороби, психосоціальний анамнез та інші складні розділи історії хвороби, лікар повинен прагнути все докладно записати. Він повинен використовувати лише короткі вирази, окремі слова, дати. Коли розмова торкається делікатних питань, краще припинити запис.

## Збирання відомостей про дане захворювання

Зустріч із хворим. Під час зустрічі з хворим потисніть йому руку, якщо це зручно. Звертайтеся до нього на ім'я або, якщо хворий не дитина чи підліток — на ім'я та по батькові. Для лікаря не тактовно звертатися до незнайомих хворих на прізвище або використовувати пестливе звертання, а також називати жінку похилого віку "бабулею", а матір хворого — "мамою". Відрекомендуйтеся і, якщо ви студент, поясніть хворому вашу роль.

**Зручності для хворого.** Лікар повинен бути уважним до хворого. У медичному закладі має бути відведено місце для верхнього одягу та інших речей хворого. Лікар зобов'язаний запитати, як почуває себе хворий І чи не поспішає він. Лікар повинен звернути увагу на такі ознаки дискомфорту, як незручне положення хворого, прояв неспокою. Нетривале чекання, поки хворий займе зручне положення у ліжку, сходить у вбиральню або попрощається з відвідувачами, може значно полегшити збирання анамнезу і скоротить час на заповнення Історії хвороби.

**Початок розмови.** Лікар повинен з'ясувати, що спонукало хворого звернутися до лікаря, які нові скарги (якщо вони є) і на що він хворіє (інколи пацієнт може прийти до лікаря для контрольного огляду і не бажає обговорювати деякі питання, що пов'язані зі здоров'ям, не пред'являє скарги і не страждає ні на яку хворобу). Треба починати з питань загального характеру, які дають повну свободу для відповідей: "Що змусило вас прийти?" або "Які у вас труднощі?". Після того як хворий відповів, запитайте знову, можливо, навіть декілька разів: "Що ще?". Після отримання відповідей необхідно спрямувати хворого для продовження розмови, попросивши його розповісти про свої скарги або, якщо з'ясується, що скарг багато, запитайте про одну із них: "Розкажіть мені про головний біль" або "Що вас найбільше турбує?" Поки хворий відповідає, лікар уважно стежить за напрямком його думки.

**Надання ініціативи хворому.** Багато хворих звертаються по допомогу з приводу досить простої патології. Одначе в інших хвороба може мати складні причини: ці хворі можуть тяжко переживати свою недугу, можливе лікування і те, хто їх буде лікувати. На самому початку опитування лікар ще не знає, з яким хворим має справу. З'ясувати це допоможе методика опитування, яка повинна бути такою, щоб хворий розповідав про себе невимушене. Якщо лікар перерве його своїми запитаннями дуже рано, то ризикує не почути від нього необхідних відомостей. Одначе лікар повинен слухати активно, звертаючи увагу на важливі симптоми, емоції, події. Це допоможе лікарю в подальшому спрямувати розмову таким чином, щоб хворий ґрунтовно описав свої відчуття. До заходів, що дозволять спрямувати розмову у потрібне для лікаря русло, належать заохочення, рефлексія, пояснення, співпереживання, конфронтація (протиставлення), інтерпретація (тлумачення) і запитання, що допомагають розкрити почуття й переживання.

Заохочення. Цей спосіб полягає в тому, що лікар своєю позою, поведінкою або словами спонукає хворого повідомити якомога більше, не конкретизуючи сказане. Саме по собі мовчання, якщо лікар уважно слухає, також може заохотити хворого. Нахилившись трохи вперед, дивлячись на хворого, вимовляючи при цьому: "Гм-мм", "Продовжуйте, будь ласка", "Я вас слухаю", лікар допомагає хворому продовжувати розповідь.

Рефлексія. Цей спосіб близький до заохочення. Повторюючи слова, які були сказані хворим, лікар спонукає його повідомити додаткові факти. Рефлексія може виявитися корисною як для з'ясування фактів, що зацікавили лікаря, так і для переживань хворого.

Пояснення. Іноді слова хворого й асоціації, описані ним, носять неконкретний характер. І якщо лікарю важко зрозуміти їхній зміст, він може попросити пояснити, запитавши, наприклад: "Скажіть, а що ви розумієте під застудою?" або "Ви сказали, що зробили так само, як ваша мама. Як це зрозуміти?".

Співчування. У спілкуванні з лікарем хворі можуть висловлювати й без слів почуття, які їх турбують і які вони приховують. Ці почуття можуть відіграти вирішальну роль у розумінні хвороби пацієнта І плануванні його лікування. Якщо лікарю вдається з'ясувати ці почуття, він повинен поставитися до них з розумінням та співчуттям І зробити так, щоб хворий відчув себе спокійнішим І зміг продовжувати розмову. Своє співчуття лікар може висловити простою фразою "Так, я розумію". Його можна висловити також, сказавши - "Ви, напевне, дуже засмучені" або "Вам, напевне, дуже важко". Співчуття хворому можна виявити І без слів (наприклад, лікар пропонує хворому хусточку або склянку з водою, якщо він розплакався, або бере його за руку, висловлюючи таким чином розуміння). Співчуваючи, водночас треба бути впевненим, що хворому це потрібно Так, якщо лікар поспівчував хворому з приводу смерті його родичів, у той час як вона фактично звільнила його від тривалого фінансового тягаря й переживань, то лікар неправильно зрозумів ситуацію.

**Конфронтація (протиставлення)** У той час як співчування лікар висловлює почуттям, конфронтацію він проявляє, коли виникають суперечності у словах або поведінці хворого. Якщо лікар, наприклад, бачить ознаки гніву, тривоги або депресії, то конфронтація може допомогти хворому виразити свої почуття. "Ви говорите, що не хвилюєтесь, одначе ваші руки тремтять, коли ви говорите про це, І у вас сльози на очах". Конфронтація може допомогти лікарю І в тому випадку, якщо розповідь хворого несподівана "Ви не знаєте, що провокує у вас біль у шлунку, одначе, коли він у вас з'явився, ви уникали вживати їжу".

**Інтерпретація (тлумачення).** Це більш активне втручання у розповідь хворого. У цьому разі лікар висловлює скоріше висновок, ніж просто зауваження "Сьогодні для вас все було не так. Ви багато запитуєте про рентгенологічне дослідження. Ви боїтеся його?" Водночас Існує загроза неправильного тлумачення слів лікаря хворим, що може ускладнити розмову. Правильне використання цього способу допоможе лікарю виразити як співчуття, так і розуміння.

**Отримання додаткової інформації.** Використати методику опитування можна у невимушеній розмові, під час якої зазвичай вдається отримати загальне уявлення про недугу хворого Для уточнення хронологічної послідовності подій лікар може ставити запитання на зразок: "Що потім?" або "Що сталося після цього?". Одначе більшу частину часу лікарю доводиться з'ясовувати додаткові деталі, уточнювати подробиці, яких хворий у своїй розповіді не згадав Якщо захворювання супроводжується болем, то лікарю треба з'ясувати такі деталі:

1. Локалізація болю. Куди він іррадіює?

2 Властивість болю Що він нагадує?

3. Інтенсивність. Наскільки він сильний?

4. Час появи. Коли він почався (починається)? Як довго він триває2

5 Обставини, за яких він виникає, включаючи чинники навколишнього середовища, емоційні реакції та Інші обставини.

6. Чинники, що полегшують або посилюють біль.

7. Супутні прояви.

Так само лікар описує й Інші симптоми. Така деталізація відіграє основну роль у проведенні диференційної діагностики.

**Клінічне мислення.** Після детального розпитування про симптоми лікарю необхідно аналітичним шляхом з'ясувати, які системи та органи можуть бути задіяні у патологічному процесі Наприклад, біль у нижній кінцівці може бути наслідком ураження кісток, м'язів, судинної або нервової систем. Супутній набряк у ділянці щиколоток свідчить про ураження вен Біль у суглобах зумовлений ураженням кісток та м'язів, а біль, який "стріляє" від попереку у ногу нижче від коліна, — наслідок здавлення нервових корінців. Детальніший опис перебігу клінічного мислення подається У відповідних посібниках та підручниках Із внутрішніх хвороб І не входить до завдання даного підручника.

**Прямі запитання.** Для отримання конкретної Інформації доцільно ставити прямі запитання. Формулювати їх треба за наведеними нижче принципами. Прямі запитання повинні йти у порядку конкретизації певного симптому, наприклад, логічною буде така послідовність запитань: "Що нагадував вам загрудинний біль? У якому місці ви його відчували? Покажіть". Прямі запитання не повинні бути навідними. Якщо хворий позитивно відповідає на запитання: "У вас були дьогтеподібні випорожнення?", — то лікар може засумніватися, чи дійсно хворий мав дьогтеподібні випорожнення. Краще сформулювати це запитання, наприклад, так: "Якого кольору були випорожнення?". Намагайтеся задавати питання, які не потребують одночасних відповідей "так" або "ні". Наприклад, сформулювати запитання так: "Через скільки сходинок у вас з'являється задишка?" краще, ніж запитати: "У вас буває задишка, коли ви підіймаєтеся сходинками?". Інколи буває так, що хворий не може описати свої симптоми без сторонньої допомоги. У такому випадку для більшої об'єктивності лікар повинен запропонувати хворому декілька можливих відповідей: "Цей біль тупий, гострий, тиснучий, пекучий, стріляючий або якийсь інший?". Майже будь-яке пряме запитання допускає передусім дві можливі відповіді ("У вас кашель з мокротинням?").

**Додаткові відомості**

Хоча попередній розділ представляє собою найважливішу частину історії хвороби, цінні відомості містяться і в її наступних розділах. У більшості з них прямі запитання є для лікаря основним методом. Одначе він повинен бути уважним, не пропускати важливої інформації, яка стосується як соматичної, так і емоційної сфери, бути готовим перейти у разі необхідності до непрямих запитань. Наприклад, збираючи сімейний анамнез, лікар може розпитати про смерть родичів або хворобу дітей. Це сприятлива можливість з'ясувати, як вплинули ці обставини на хворого ("Як ви пережили це?" або "Наскільки сильними були ваші переживання?"). Опис органів та систем може вимагати такого самого докладного дослідження, як історія захворювання. Лікар повинен зберігати при цьому гнучкість.

Збирання відомостей, які стосуються інтимного життя хворого. Лікарі і студенти завжди зазнавали труднощів у розмові з хворим на делікатні, емоційні теми. Спочатку список таких запитань може бути довгим і включати в себе сексуальну активність, ставлення до смерті, фінансові проблеми, расову та етнічну належність хворих, стосунки у сім'ї, сімейні чвари, психічні захворювання, фізичні недоліки, функції сечовиділення і випорожнення кишечника. Більшість може почуватися незручно під час обговорення деяких із цих тем. Одначе більшість дорослих хворих досить легко відповідають на такі запитання, і лікар може з'ясувати важливі обставини, які відіграли певну роль у виникненні хвороби.

Є декілька способів позбутися почуття незручності: спеціальні курси, читання фахової і художньої літератури, а також власний життєвий досвід. Використовуйте усі вказані способи. Опануйте декілька навідних питань і запам'ятайте, які ще відомості допомагають вам скласти власну думку. Якщо є можливість, прислухайтеся до розмови досвідчених лікарів з хворим на ці теми, а потім скористайтеся цим досвідом. І ви, на свій подив, з'ясуєте: коло "незручних" питань звужується.

Вживання алкоголю й наркотиків. З'ясування цього питання завдає труднощів багатьом лікарям. Больові симптоми часто безпосередньо пов'язані з уживанням алкоголю та наркотиків, і звикання до наркотиків може істотним чином вплинути на подальше лікування. Засудження хворого не входить до повноважень лікаря; лікар повинен (якщо хворий того бажає) зібрати відомості, які дозволять правильно оцінити стан хворого і скласти план лікування. Тактовна поведінка лікаря може спонукати хворого розповісти йому про свою пристрасть.

Запитання про вживання алкоголю і наркотиків зазвичай задають після запитань про вживання кави та тютюнових виробів. "Яку кількість спиртного ви вживаєте?" — правильне запитання для початку розмови: воно виключає однозначну відповідь "так" чи "ні". І водночас дозволяє з'ясувати, чи страждає хворий на алкоголізм. Аби остаточно визначитися, лікар може задати ще кілька запитань: "У вас були проблеми, пов'язані з уживанням спиртного?" і "Коли ви пили останній раз?". Позитивна відповідь на перше запитання і прийом алкоголю протягом останніх діб дозволяють думати про встановлення діагнозу — алкоголізм.

Виявити у хворого алкоголізм допоможуть чотири запитання, відомі як запитання САЛЕ. Абревіатура САЛЕ утворена від назви основної ознаки кожного із симптомів: бажання напитися до "відключення", непереносимість критики, відчуття провини, похмілля. Під час опитування лікар може змінити послідовність запитань, але їхню суть змінювати не варто. "Чи відчували ви коли-небудь бажання напитися до "відключення"?, "Чи викликала у вас подразнення критика з приводу вживання спиртного?", "Чи бувало так, що ви відчували себе винним через вживання спиртного?", "Чи доводилося вам уранці пити спиртне, щоб позбавитися похмільного синдрому?".

Як мінімум дві позитивні відповіді дають підстави підозрювати алкоголізм. Вони також окреслюють подальше спрямування опитування. Якщо необхідно, запитайте про епізоди провалів у пам'яті (втрата пам'яті на події під час сп'яніння), про втрату роботи через зловживання алкоголем, подружні чвари, арешт.

Запитання про вживання наркотиків ставляться аналогічним чином: "Скільки марихуани ви вживаєте? Скільки кокаїну? Героїну? ... Інших наркотиків? Як щодо снодійних препаратів? Таблеток для схуднення? ... Болетамувальних?". І потім: "Як ви почуваєтеся, коли вживаєте наркотики? У вас були які-не-будь реакції? Які саме?". Трагічні випадки, травми або взяття під охорону, Ідо пов'язані з уживанням наркотиків? Складнощі у сім'ї та на роботі? Чи намагалися ви позбутися наркотичної залежності?

Відсутність осудження у поведінці лікаря і прояв співчуття може спонукати хворого до розповіді про свою згубну пристрасть. Іноді доцільно розпитати про вживання наркотиків друзями і членами сім'ї хворого. ("Багато хто із студентів сьогодні вживають наркотики. Чи гаразд з цим у вас у школі? Чи вживають їх твої друзі, знайомі?").

**Фізичне насильство.** Про фізичне насильство, яке його жертви часто замовчують, слід думати у таких випадках: коли ушкодження важко пояснити, коли воно не відповідає словам хворого; коли приховується або викликає збентеження; коли має місце несвоєчасне звернення по медичну допомогу; коли в анамнезі є вказівка на повторні "травми" або "трагічні випадки"; коли сам хворий або його близькі страждають на алкоголізм або наркоманію. Деякі особливості у поведінці людини, яка зазнала насильства, можуть спричинювати підозру: вона намагається перехопити ініціативу в розмові, не зважується вийти із кімнати або виглядає незвично стурбованою. Вдало обрані запитання дають змогу співставити розповідь хворого з тим, що було насправді: "Коли він приходить додому, такий п'яний, він б'є вас або дітей? Що він робить? Що робите ви?".

"Ви сказали, що часто бувають суперечки з чоловіком. Ці суперечки закінчуються бійкою?",

"У вас на грудях і животі синці. Ви можете розповісти, що сталося?"

"Вас хто-небудь ударив?"

Сказавши, що це досить поширене явище, лікар може заохотити хворого розповісти про те, що трапилося. "Чимало жінок говорили мені, що вдома їх ображають і б'ють. А як у вас?". Якщо лікар підозрює жорстоке поводження з дитиною, він може з'ясувати це так: "Більшість батьків дуже засмучується, коли їх дитина плаче або вередує. Як ви поводитеся зі своєю дитиною, коли вона плаче? Що ви робите, коли вона не перестає плакати? Як ви називаєте свою дитину, коли вона робить яку-небудь шкоду? У вас був коли-небудь страх через те, що ви заподіяли біль своїй дитині?".

**Статеве життя.** Запитаннями про статеве життя лікар переслідує насамперед чотири мети. По-перше, у багатьох хворих є запитання, які пов'язані зі статевим життям і його розладами, які вони хотіли б обговорити з фахівцем. Навіть якщо вони уникають цих запитань під час першого відвідування, то пізніше, якщо лікар зачепить цю тему, вони можуть уже не соромитися говорити про неї. По-друге, зі статевим життям можуть бути безпосередньо пов'язані конкретні симптоми, яким необхідно приділити увагу. По-третє, статеві розлади іноді можуть бути наслідком вживання ліків, і якщо їх розпізнати, то можна вилікувати саму хворобу. По-четверте, статеве життя пов'язане з ризиком небажаної вагітності або зараження хворобами, які передаються статевим шляхом, у тому числі СНІДом, через це обговорення даного аспекту мас і профілактичне значення.

Проблеми зі статевими органами можуть бути пов'язані з іншими хворобами. Якщо основні скарги — на захворювання сечостатевих органів, то відомості про статеве життя включаються у розділ "Історія даного захворювання". Наявність у хворого хронічного захворювання або серйозних симптомів (наприклад, болю або задишки) може викликати розлади статевої функції. Послідовне опитування хворого має на меті з'ясування такого впливу не тільки на статеву, але й на інші сфери життя хворого. Найчастіше відомості про статеве життя беруться із "Історії хвороби", опису органів та систем. Запис, зроблений майже в кінці історії хвороби, дає можливість започаткувати з хворим довірливі стосунки.

Часто можуть навести хворого на розмову про те, що їх турбує, одна-дві такі пропозиції: "Отже, для того щоб з'ясувати причину виділень і допомогти вам, мені треба поставити вам декілька запитань про ваше статеве життя". Якщо хворий не пред'являє скарг, які мають пряме відношення до статевого життя, розмову можна починати інакше: "Я хотів би задати вам декілька запитань про вашу статеву систему й статеве життя. Ці відомості допоможуть мені (нам) вилікувати вас. Якщо хочете, я не буду записувати ваші відповіді в історію хвороби. Я можу починати?". Якщо хворий не бажає продовжувати розмову, прийміть відмову і скажіть йому, що ви завжди готові з ним обговорити це в майбутньому. За згоди хворого поставте йому такі запитання:

1. "Ви живете статевим життям, тобто вступали ви у статевий зв'язок з ким-небудь за останні декілька місяців?". У випадку позитивної відповіді перейдіть зразу до запитання 3.

2. "Ви жили у минулому статевим життям?". У випадку негативної відповіді поставте запитання 8. Якщо відповідь буде позитивною, то послідовно поставте запитання 3, 4, 8 і 7 (поставте запитання 3, 4 і 7 у минулому часі). Потім продовжуйте, ставлячи запитання 8.

3. "Ваші статеві партнери — чоловіки, жінки або ті та ті".

4. "У вас декілька статевих партнерів?" або "Скільки статевих партнерів у вас було протягом останніх 2 міс?".

5. Жінок у дітородному віці, які живуть статевим життям, запитують: "Чи хотіли б ви завагітніти? Користувалися ви протизаплідними засобами? Якими?".

6. "Ви боїтесь заразитися СНІДом? Чи припускаєте ви, що ваш партнер міг вступати у статевій зв'язок з ким-небудь, хто робить внутрішньовенні ін'єкції, хворіє на СНІД або венеричну хворобу?".

7. Ви робили що-небудь, щоб уникнути інфікування?".

8. "У вас є які-небудь порушення статевої функції?".

Зауважте, що в цих запитаннях не зачіпається сімейний стан, сексуальні переваги або відношення до вагітності або протизаплідних засобів, Вислухайте відповідь хворого і задайте додаткові запитання у разі необхідності.

**Зміна** теми в розмові. Коли лікар переходить від однієї теми хвороби до іншої, йому бажано використовувати короткі фрази на зразок: "Тепер я б хотів запитати вас про ваше здоров'я у минулому" або "... про функціонування інших органів".

Опис органів по системах. Основна мета цього розділу — не залишити поза увагою які-небудь важливі симптоми, що випливають з тих аспектів життя, які лікар ще не зачіпає у розмові з хворим про його недугу. Лікарю треба починати зі з'ясування стану тієї або тієї системи або органа з узагальнюючого запитання. Це допоможе хворому сконцентрувати увагу на предметі розмови, а лікарю під час обговорення кожної системи вести опитування від загального до конкретного. Інколи лікар може обмежитись одним запитанням, наприклад: "Як у вас зі слухом, чи не скаржитеся ви на вуха? А як у вас з легенями, з диханням? Вас турбує серце? Як у вас із травленням? Як функціонує кишечник?". Додаткові запитання, деталі залежать від віку хворого, його загального стану і мети відвідування. Хворому похилого віку з підвищеним ризиком серцевої патології, раку і зниженням слуху, необхідно поставити більше додаткових питань, аніж здоровому на вигляд 20-річиому пацієнту. Деякі лікарі надають перевагу поєднанню опитування про стан органів та систем з обстеженням (наприклад, оглядаючи вуха, запитують про слух). Коли симптомів небагато, таке поєднання може виявитись ефективним. Однак, якщо їх багато, воно незручне і утруднює дослідження. Якщо лікар хоче спробувати поєднане опитування, то йому необхідно спочатку оволодіти методикою обстеження хворого.