

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИИ ТРУДНОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО КАК ВАЖНЫЙ ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК ВРАЧА ВОП

Ф.С. ШАКИРОВ, М.Т. НИЯЗОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Резюме. В данной статье представлены, проведенные исследования за последний учебный 2012-2013 год в курсе обучались 57 врачей ВОП из СВП и городских поликлиник. Курсанты были обучены современным методам консультации трудных больных и их обучение методом ролевой игры было записано на видео. Это видео было оценено оценочным листом и картой консультации.

После двухнедельного занятия заметно улучшился знания и навыки курсантов и они сами оценили себя как более уверенного в консультации трудного педиатрического больного. Ролевые игры, презентации и обмен мнениями могут заметно улучшить навыки консультации трудных больных и врачи становятся более уверенными.

Ключевые слова: практикующий ВОП врач, консультация трудных больных, дети.

SPECIALITY OF TEACHING OF GPs FOR CONSULTATION OF DIFFICULT PEDIATRIC PATIENTS AS AN IMPORTANT PRACTICAL SKILL

F.S. SHAKIROV, M.T. NIYAZOVA

Tashkent pediatric medical institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Resume. In given article are presented, the carried out researches in the last academic year it was 57 postgraduate GP students from SVPs and city polyclinics. Students were taught modern methods of consultation of difficult patients, their role play was recorded. After it was evaluated by the evaluation list and the consultation map.

After two weeks of consultation the knowledge and skills of students improved and they evaluated their as more competent on consultation of difficult pediatric patients. Role plays, presentations and changing of information can improve students skills, they become more competent.

Key words: practising JP the doctor, consultation of difficult patients, children.

Актуальность. Не одна консультация, которую я проводил как ВОП врач или консультировался как пациент не похожа друг на друга. Все они уникальны в своём роде. Много факторов влияющих на эффективность консультации (ресурсы клиники, компетентность врача и др.) и трудный больной может быть одним из них. Трудный больной не тяжелый и в многих случаях не трудный в смысле диагностики или лечения, он не удобный, не удобный для этого врача. Родители больного ребенка могут быть трудными больными тоже. Бессонная ночь проведенная у кровати ребенка, опыт врачебной ошибки или грубости врача могут изменить их отношение к консультации своего ребенка, также:

- ребенок с опухолью, ВИЧ инфицированный
- ребенок с врожденными аномалиями
- единственный и долгожданный ребёнок в семье
- ребенок или родители с психическими заболеваниями

- ребенок с психосоматическими заболеваниями
- ребенок с сильными болями
- родители без образования
- семья с экономическими проблемами (бедность, безработица, беженцы)
- мать с депрессией и др.

ВОП который в день принимает по 15-20 больных приходится по 1-2 трудных больных [1]. Но в практике многое зависит от врача. От того как он справляется с больным. В одной практике у одного врача может быть 2-3 трудных больных в день, а у другого 2-3 трудных больных в месяц. Каждый из этих случаев врачу надо разобрать и провести по ННП и ОНВ (неудовлетворенные нужды пациента и образовательные нужды врача).

Не для кого не секрет что они отнимают больше времени и сил у врача. Каждому из этих больных следует особый подход, но в то же время есть общие принципы консультации [2].

Время – они должны консультироваться дольше, чем обычные больные. В силу того, что

их в день всего 1-2, то 20-30 минутная консультация вполне возможно. Спокойная консультация залог хорошей консультации. Родители видят, что врач не торопится и этим он говорит что больной и его проблемы важны для него [4]. В конце консультации можно дать время больному, чтобы он мог подумать и задать вопросы. Можно спросить «У вас есть еще вопросов», «Вам всё понятно?».

Каждый обычный больной это потенциально трудный больной или наоборот, каждый трудный больной это потенциально обычный больной. Тяжелое или долгое течение обычного гриппа может сделать больного агрессивным.

Вид консультации – с начало консультации надо определиться с видом консультации [5]. Агрессивно настроенным больных может больше вывести из себя если врач выберет эмоциональный вид консультации. «Если вы понимаете что тяжело стоять в очереди с больным ребенком то почему не сделаете без очереди для нас» может спросить больной.

Вопросы – трудным больным нужно задавать и разных. Вопросы показывают, что доктор вас не только слышит, а еще и слушает, он готов помочь и многое другое. Вопросы надо задавать прямо, понятно. Спросив надо слушать и ключевые вещи записывать [7]. Так можно страховать от того чтобы задать один и тот же вопрос два или больше раза. Больные замечают, такие оплошности и это им говорит о некомпетентности врача. И в конце можно прочитать записи и удостовериться что все написано правильно. Например, «У вас болит голова, чувствуете усталость и это продолжается уже три месяца. Это всё вы связываете со смертью отца. Я не упустил нечего. У вас есть еще симптомы как диарея, кашель или язвы на коже». Если открытые вопросы помогают определить проблему, опасения, переживания больного, то специальные и альтернативные вопросы помогают уточнить диагноз и определить тактику. Больные не могут определить какой из симптомов основной, ключевой и они заклиниваются на том симптоме, который важен для них [4]. Ребенок не есть, температура повышается но они жалуются на то что он не спит ночью и не даёт родителям отдыхать. Или другая ситуация, у ребенка хроническая диарея, ребенок теряет в весе но это не беспокоит родителей, они это объясняют прорезыванием молочных зубов и поэтому не считают нужным сказать врачу. В таких случаях вопрос «Нормальный у вашего ребенка стул?» может быть не очень правильно,

а можно спросить более подробно «Сколько раз у ребенка стул, какой консистенции, часто ли у ребенка поносы и запоры». Вопросы следует задавать по одному и дать время подумать и ответить.

Больные могут, просто солгать иногда специально и иногда не имея на это веских причин. Это могут быть вопросы по поводу алкоголя, диеты, занятий спортом или по поводу выздоровления. В таких случаях врач сам должен делать вывод. Если вопрос очень важный для диагностики и тактики лечения, то можно сформулировать так чтобы вопрос был максимально ясным и объективным, например, вместе того «вы сегодня себя лучше чувствуете» можно спросить «вчера сколько раз температура поднималась, сегодня сколько, до каких отметок» или «ночные боли в руке вас меньше беспокоили». Не смотря на то, что больные часто ошибаются при предположении своего заболевания и его причины эти предположения очень важны.

Предположения пациентов – нуждаются в тщательном изучении по нескольким причинам [11]. Во первых игнорируя их мы игнорируем мнение пациента и его самого. И это хороший повод для обиды, недопонимания. Ответ надо начинать с положительного слова и объяснить настоящее заболевание или его причину – «да вы правы, ребенок простужен, но много причин для простуды, кроме того что вы вчера одели ребенка не по погоде, например дома дети гриппуют или в гостях» или «да гипогликемия вызывает гнев и перепады настроения, но мы должны точно знать уровень глюкозы в крови, и для того чтобы снизить дозу инсулина вы должны его измерять 2-3 раза в день с индивидуальным глюкозамером».

Во вторых уважая предположения пациентов врач входит в доверие. Многим матерям кажется, что никто и даже врач не может знать заболевание его ребенка лучше чем мать. Если мама утверждает что без антибиотиков он никак не может вылечиться от гриппа то приходится выбирать из двух зол одну – или больной уйдет без антибиотиков и найдет себе другого врача или вы назначите ему антибиотики 1 раз в день и на три дня.

Никто не любит быть не правым и это верно в случае с больными. От слов «нет вы не больны анемией ваш гемоглобин 120грамм на литр», «нет клюквенный сок вам не поможет при астме ребенка» не пациент и не врач не выиграет. Эти же слова можно говорить другими, положительными словами – «да вы

можете рационально питаться даже при нормальном уровне гемоглобина, адекватное количество энергии, белков, жиров, углеводов и микроэлементов важно для хорошего самочувствия. Вам не обязательно принимать препараты железа.» или «клюквенный сок это хорошая идея, но он не может заменить медицинские препараты».

Объяснение – важная часть консультации больного, особенно у трудных больных. Объясняя больному, вы берёте контроль над консультацией на свои руки. Это довольно важно при консультации трудных больных которые любят доминировать. Объяснять надо спокойно, тоном ниже и этим заставляя больного успокоится. Больной, который хотел получить ответ на вопрос «почему он должен так долго ждать на очереди» или «почему все врачи ставят один и тоже диагноз и назначают одинаковые лекарства» вы можете объяснить этиологию и патогенез заболевания. Второе объяснение вызовет меньше возмущений.

При объяснении можно использовать листок бумаги для записи ключевых слов и рисования и в конце консультации можно отдать эту бумагу больному. Хирурги много используют рисунки для объяснения предстоящей операции. Можно нарисовать дневной рацион ребенка, календарь прививок, кривой роста ребенка и многое другое.

Цель. Обучение проведения эффективной консультации как важный практический навык врача общей практики на 10 месячных курсах в курсе «Переподготовки и повышения квалификации ВОП» при кафедре «Амбулаторной медицины» ТашПМИ.

Материалы и методы. За последний учебный 2012-2013 год в курсе обучались 57 врачей ВОП из СВП и городских поликлиник. Как выше было показано, очень много видов консультаций трудных больных и они все по своему хороши.

Но в это же время врачам надо давать более конкретную информацию по поводу консультации, например, как собирать анамнез.

Курсантам было дано список вопросов для того чтобы собирать анамнез. Три из этих вопросов открытые и дают больше свободы пациенту выразить свои мысли и опасения. На что жалуетесь? (Что привило Вас?)

Больше расскажите о боли (о проблеме).

Уточняющие вопросы. (куда иррадирует боль, сколько длится, какого характера, сколько раз в сутки у ребенка повышается температура...)

Чем вы связываете это состояние?

Дома лечилась, какие лекарства принимает?

Хронические заболевания.

Аллергический анамнез.

Наследственное расстройство.

Вредные привычки родителей – курение, алкоголь, в каких количествах.

Эпидемиологический анамнез.

Для ответа на первый вопрос ребенку или родителю надо давать больше времени. Он может многое рассказать о болезни, о волнениях и ожиданиях. Важно не перебивать больного, чтобы он не потерял нить своих мыслей. Второй открытый вопрос можно задать о самой большой проблеме пациента, чтобы лучше увидеть картину. А для этого можно задать уточнительный вопрос – что вас больше беспокоит, или что привело вас к нам. Можно спросить о боли, когда больной жалуется на боль или о диете, когда он жалуется на потерю или избыток веса. Этим вопросом можно собрать больше информации и в это время можно показать своё заинтересованность в проблеме больного повышая его доверие к врачу.

Практически у всех больных есть мнение от чего у них это проблема. Во многих случаях это мнение ошибочное – тепло не оделся и заболел гриппом, от чая отравился и началось ОКИ. Но в каждом случае мнение пациента надо выслушать внимательно и разобрать с больным. Игнорируя мнение пациента врач теряет его доверие. Можно сказать «Да может вы простудились, но вероятнее всего вы заразились им от своих коллег или членов семьи. В дальнейшем не игнорируйте свежий воздух и горячий душ, который облегчит течение заболевания».

Для оценки навыков консультации использовалась карта консультации и шкала оценки консультации.

Карта консультации. На протяжении всей беседы доктора с пациентом ставьте отметки против соответствующего пункта. Эти метки потом могут быть соединены между собой линией, что позволит ясно определить последовательность событий консультации.

Природа и история проблем																		
Этиология проблем																		
Идеи пациента																		
Интересы пациента																		
Ожидания пациента																		
Эффект проблем																		
Продолжительная проблема																		
Факторы риска																		
Выбор действия																		
Достижение взаимопонимания																		
Вовлечение пациента в менеджмент																		
Время в минутах	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			

Выводы. После двухнедельного занятия намного улучшился знания и навыки курсантов и они сами оценили себя как более уверенного в консультации трудного педиатрического больного. Ролевые игры, презентации и обмен мнениями могут намного улучшить навыки консультации трудных больных и врачи становятся более уверенными. Следовательно, эффективное консультирование – это интеграция знаний, клинических навыков, навыков общения и решения проблемы пациента, что определяет уровень компетентности, профессионализма врача и исход консультации по поводу любой проблемы пациента.

Литература:

1. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Pitman, London, 1957.
2. Becker M.H. Understanding patient compliance: the contributions of attitudes and other psychosocial factors. New directions in patient compliance. (ed.S.Cohen). Lexington Books, New York, 1979.
3. Brown E.W., Harris T. Special origins of depression. Tavistock, London, 1978.
4. Byrne P.S., Long B.E.L. Doctors talking to patients. HMSO, London. 1976.
5. Carrol J.G., Munroe J. Teaching medical interviewing: a critique of educational research and practice. J. med. Education 54, 498-500, 1979.
6. Cartwright A., Anderson R. General practice revisited. Tavistock. 1981.
7. Chamberlain E.N. Symptoms and signs in clinical medicine. Wright, Bristol. 1936.
8. Child D. Psychology and teacher. Holt, Rinehart and Winston, London. 1973.
9. Elstein A.S., Shulman I.S., Sprafka S.A. Medical problem solving: on analysis of clinical reasoning. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1978.

10. Fink D.I. Tailoring the consensual regimen. In Compliance with therapeutic regimens (ed. D.L. Sackett and R.B. Haynes). John Hopkins University Press, Baltimore. 1976.
11. Freeling P. The Nuffield courses for course organizers. Update 13, 1327-31, 1976.
12. Hanney D.R. The symptom iceberg. Routledge and Kegan Paul. London, 1979.
13. Helman C.G. Diseases versus illness in general practice. J. R. Coll. Gen. Pract 31, 548-52. 1981.
14. McWhinney I.R. An introduction to family medicine. Oxford University Press. 1981.

УАШЛАРНИ ҚИЙИН ПЕДИАТРИК БЕМОРЛАРНИ КОНСУЛЬТАЦИЯСИГА МУХИМ АМАЛИЙ КЎНИКМА СИФАТИДА ЎҚИТИШНИ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ

Ф.С. ШАКИРОВ, М.Т. НИЯЗОВА

Тошкент педиатрия медицина институти,
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

Резюме. Қуйидаги мақолада охирги 2012-2013 ўқув йилида ўтказилган тадқиқот натижалари келтирилган, курсда 57 ҚВП ва шаҳар поликлиника врачлари таълим олди. Курсантлар қийин беморлар консультациясини замонавий методларига ўқитилди ва роль ўйинлари видеога ёзиб олинди. Бу видео баҳолаш варағи ва консультация картаси бўйича баҳоланди. Икки ҳафталик ўқишдан кегин курсантларни билим ва тажрибалари анча ўсди ва улар ўзларини қийин касалларни консультация қилишда анча ўзларига ишонган деб баҳоладилар. Роль ўйинлари, презентация ва ўзаро фикр алмашилиш уларни оғир касал консультацияси тажрибаларини ва ўзларига ишончни оширади.

Калит сўзлар: амалиётдаги УАШ, оғир беморлар консультацияси, болалар.