

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С. Г.

Терскова

Проверил: д.м.н., доцент Терскова Н. В.

РЕФЕРАТ

“Ролевые интеракции в амбулаторно-поликлинической практики врача
оториноларинголога”

Выполнила: ординатор 2 года обучения

Абушаева Г. А.

Красноярск, 2018

Данный реферат Абушаевой Г. А. по дисциплине: "оториноларингология" на тему: "Ролевые интеракции в амбулаторно-поликлинической работе врача оториноларинголога" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: Терскова Н. В.

Терскова

Инфекции верхних дыхательных путей и рецидивирующая ЛОР-инфекция занимают ведущее место в структуре заболеваемости детского возраста. На долю острой патологии респираторного тракта приходится около 60-80% всей педиатрической патологии. Детский отоларинголог постоянно общается с детьми, страдающими различной патологией ЛОР-органов, которая приводит к нарушению в той или иной степени слуха, речи, обоняния, дыхания через естественные пути, т.е. к постоянным тягостным ощущениям, а в некоторых случаях и к задержке интеллектуального развития, затруднению адаптации к детскому коллективу, у более старших детей - иногда к ощущениям собственной неполноценности, что напрямую сказывается на формирование личности. В связи с этим врач обязан знать не только ЛОР-патологию, но и отрицательные состояния, к которым она приводит, чтобы глубже понять ребенка и максимально помочь ему преодолеть болезнь. Качество и эффективность лечебной помощи, оказываемой детям с патологией ЛОР-органов, в значительной степени определяется первым контактом врача и ребенка в поликлинике. Но именно статус поликлинического отоларинголога недостаточно формализован, что отрицательно сказывается на его работе. Формированию профессиональной роли врача - детского отоларинголога вообще не уделяется внимания в системе медицинского образования. Этим объясняется то, что многие из этих врачей не обладают знаниями о социальном, психологическом статусе ребенка-пациента и моделях взаимоотношения с ним и его родителями.

Поэтому на современном этапе реформирования отечественного здравоохранения, развития биомедицины и существенного повышения уровня компетентности пациентов и их родителей чрезвычайно актуальной выступают ролевые интеракции и место ребенка как пациента в педиатрической практике в целом, и в практике отоларинголога детской поликлиники, в частности.

В педиатрии любое действие врача есть взаимодействие не только с ребенком, но и с его родителями. Процесс врач-больной - это коммуникация: способ взаимодействия людей для передачи информации. Стержень взаимодействия врач-больной как психологического коммуникативного феномена и есть реализация попытки больными призыва о помощи. На процессы взаимодействия влияют множество внутренних и внешних факторов: выражение лица, дистанция общения, социально-психологические факторы и механизмы защиты, элементы социальной привлекательности людей, уровень психологического и социального развития, компетентность членов союза. Сам ребенок должен рассматриваться как компетентный пациент с момента овладения речью, но принимать решение по состоянию своего здоровья он способен только на более поздних стадиях социализации, когда у него уже выработалась нормативная база для оценки жизненных ситуаций. Родители и врачи не должны исключать детей и подростков из процесса принятия решения без уважительных на то причин, потому что в противном случае можно говорить о нарушении прав ребенка. Федеральный

закон «Об основных гарантиях прав ребенка РФ» Статья 6 «Законодательные гарантии прав ребенка в РФ провозглашает:

Ребенку от рождения принадлежат и гарантируются государством права и свободы человека и гражданина в соответствии с Конституцией РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами РФ, настоящим Федеральным законом, Семейным кодексом РФ и другими нормативными правовыми актами РФ.

Родители ребенка (лица, их заменяющие) содействуют ему в осуществлении самостоятельных действий, направленных на реализацию и защиту его прав и законных интересов, с учетом возраста ребенка и в пределах установленного законодательством РФ объема дееспособности ребенка»¹.

1 Федеральный закон Российской Федерации от 3 июля 1998г. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

При формировании универсальных отношений ребенка и ЛОР-врача необходимо учитывать степень компетентности родителей, акцентуацию ребенка и его возрастные особенности, особенности нозологии в каждом конкретном случае, уровень подготовки специалиста. И в этом смысле детская отоларингология представляет специфическую отрасль, потому что: 1) ее пациентом рано или поздно становится каждый ребенок, 2) проводимое лечение связано с дискомфортом, снижающим коммуникативные интенции ребенка как пациента, 3) до сих пор нет оптимальной системы подготовки детского врача-отоларинголога.

Необходима разработка рекомендаций для внесения корректив в общее и постдипломное образование врачей-отоларингологов, связанных с ребенком-пациентом. Это возможно сделать на основе данных социологического исследования.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые собран, обобщен и интерпретирован социологический материал практической деятельности ЛОР-врача в отношении с ребенком-пациентом и его родителями в амбулаторно-поликлинических условиях, даны рекомендации по оптимизации данного вида медицинской помощи.

Необходимые и достаточные условия включения ребенка как активного пациента в процесс лечения ЛОР-заболеваний, показаны особенности поведения детского отоларинголога в зависимости от стадий социализации ребенка-пациента.

1. Существующие недостатки в организации ЛОР-помощи детям преимущественно связаны с отсутствием отдельной специальности «детский отоларинголог», что не позволяет сформулировать четкие понятия о детях-пациентах при различных заболеваниях ЛОР-органов и выявить ролевые интеракции в системе врач-отоларинголог - ребенок-пациент. В то же время, анатомо-физиологические особенности детского организма, преобладание ЛОР-патологии в практике педиатра (на детский возраст приходится четвертая часть всей ЛОР-патологии), позволяет нам высказать

мнение о чрезвычайной необходимости и актуальности рассмотрения вопроса о введении специальности детского отоларинголога.

2. По критерию ролевой комплементарности можно разделить пациентов детской ЛОР-практики на три группы: контактные, малоконтактные и неконтактные. Контактность ребенка (исключая терминальные состояния) зависит от: 1) конкретной нозологической формы, 2) остроты проявлений данного заболевания, 3) возрастных особенностей. Поэтому использование ОСТов в детской отоларингологии должно корректироваться индивидуальным подходом. Ведущая роль индивидуального подхода должна быть закреплена в алгоритме стандарта (ОСТ ПВБ № 91500.09.001-1999. «Протоколы ведения больных. Общие требования», ОСТ ТПМУ 91500.01.00042000. «Технология выполнения простых медицинских услуг. Общие требования»).

3. Отношение врача-отоларинголога с ребенком-пациентом может строиться в рамках любой из четырех известных моделей. Исследование показало предпочтительность коллегиальной модели в отношениях с родителями и патерналистской — в отношениях с детьми. При этом ее модификации зависят как от характера нозологической формы, так и от стадии социализации пациента.

4. Детский отоларинголог — одна из ведущих фигур в амбулаторно-поликлинической практике, что подтверждено социологическим исследованием. Родители в 90,7% уверены, что патологию уха, горла и носа должен лечить и наблюдать узкий специалист. С этим согласны и педиатры, которым в 34,4% случаев необходима консультация ЛОР-врача, поэтому недопустимо сокращение узких специальностей и педиатрической службы в целом.

5. Отсутствие законодательно закреплённого места и профессиональной роли детского врача-отоларинголога негативно влияет на характер взаимоотношений с пациентами. Врачу, начавшему самостоятельную практику с пациентами-детьми, не достаёт психологических, этических и социальных знаний, которым не уделяется достаточно внимания на различных этапах образования.

6. Профессиональная роль детского врача-отоларинголога включает следующие составляющие: 1) медицинские знания и навыки (в соответствии с профессиональным стандартом), 2) навыки отношений с родителями пациента на основе коллегиальной модели, 3) навыки индивидуального подхода к ребенку на основе патерналистской модели. В подготовке детских отоларингологов первая составляющая представлена дискретно, а две другие представлены в объеме, не соответствующем требованиям роли. Обучение этим навыкам необходимо включать в образовательный стандарт в виде специальных курсов.

Теоретическая и практическая значимость заключается в том, что результаты могут быть использованы в качестве рекомендаций не только для ЛОР-врачей, но и для практических врачей любой специальности, особенно

связанных с челюстно-лицевой системой, организаторов здравоохранения, а также родителей, которыми является практически каждый из нас.

Из этого следует:

1. Особенности поведения детей-пациентов при первичном контакте с ЛОР-врачом зависят от их психоэмоционального состояния, контактности, которая находится в прямой корреляции от течения патологического процесса, психологического контакта с врачом и обществом, режима выполнения лечебных и диагностических мероприятий, удовлетворенности медицинской помощью. Для улучшения качества медицинской помощи в педиатрии необходимо расширение объема диагностической информации о ребенке за счет включения в перечень первичных диагностических данных показателей его физического, психического и социального уровня развития.

2. Патерналистическая модель взаимоотношений врача-отоларинголога и ребенка-пациента остается ведущей в российской медицине, но требует внесения корректив в зависимости от стадии социализации ребенка. Оптимальный вариант, к которому нужно стремиться врачу при взаимоотношениях с пациентом, — это достижение максимального терапевтического альянса. Он может рассматриваться как основанный на сознательном и бессознательном стремлении пациента к сотрудничеству с врачом. Позиция пациента-ребенка и его родителей по отношению к лечению должна носить достаточно интериальный характер, т.е. они берут определенную долю ответственности за результаты лечения, за характер и полноту терапевтического процесса.

3. Одним из условий, обеспечивающим своеобразие ролевых интеракций в лечебном процессе, является характер отношений, который складывается между всеми участниками: врачами, детьми, родителями, медицинским персоналом. Эти отношения многообразны, каждое из них имеет мотивационно-ценностный, когнитивный и эмоциональный компоненты. На построение взаимоотношений влияет контактность ребенка-пациента, которая прямо пропорциональна уровню его социализации и обратно пропорциональна остроте и тяжести течения заболевания.

4. На основании социологического исследования можно утверждать, что в амбулаторно-поликлиническом секторе невозможно сокращение штата узких специалистов, отоларингологов в частности. Так 80% родителей при заболевании ребенка обращаются в поликлинику, 46% сразу посещают ЛОР-врача, и 90,7% считают, что заболевания ЛОР-органов должен лечить отоларинголог, с чем согласно большинство врачей.

5. На сегодняшний день, родители недостаточно компетентны в вопросах психологии своих детей, на фоне возросших требований к отоларингологу как узкопрофильному специалисту, имеют низкий уровень медицинского воспитания на фоне достаточно высокого социального статуса. Материальные условия и уровень образования на течение заболевания ребенка имеют минимальное влияние, а социализирующее влияние

родителей на самого ребенка является авторитарным, что необходимо учитывать в процессе лечения.

6. Личный опыт родителей в общении с врачом является определяющим для ребенка. Особое значение в диагностике, результатах лечения имеет жизненный опыт родителей, их видение и ощущение болезни ребенка, внутренние семейные взаимоотношения.

Рекомендовано:

1. Рассмотреть возможность и внести предложения по изменению комплексной системы профессиональной подготовки ЛОР-врачей (увеличить количество часов, посвященных изучению клинической психологии, социальной роли ребенка-пациента, биоэтики и права; при постдипломном образовании, детскую оториноларингологию выделить как отдельную специальность), тем самым повысить уровень профессиональной компетентности кадров.

2. Детально разработать основные принципы взаимодействия в амбулаторно-поликлинической практике детского отоларинголога и среднего медицинского персонала, ребенка и родителей, при различных нозологических формах ЛТОР-заболеваний, стадиях течения и оформить в качестве методических рекомендаций для отоларингологов.

3. Для улучшения работы в амбулаторно-поликлинической практике необходимо разработать и внедрить автоматизированное ведение различной документации для высвобождения времени, необходимого для установления контакта с ребенком-пациентом. Рассмотреть возможность изменения стандартов времени приема в педиатрии и порядка проведения профилактических осмотров детей.

4. При работе с пациентами учитывать психологический статус, уровень социализации и контактность ребенка, компетентность родителей, для чего необходимо разработать рекомендации для детских отоларингологов, да и врачей других специальностей, по повышению уровня взаимоотношений с детьми-пациентами, учитывая возрастные особенности, а также по предупреждению конфликтов при общении с родителями.

5. Разработать специальную медико-профилактическую программу для родителей в виде буклетов или другой наглядной литературы по подготовке их ребенка к социальной роли пациента, содержащую особенности онтогенеза и включающую навыки и рекомендации по психологической подготовке ребенка к встрече с врачом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инфекции верхних дыхательных путей и рецидивирующая ЛОР-инфекция занимают ведущее место в структуре заболеваемости детского возраста. Детский отоларинголог постоянно общается с детьми, страдающими различной патологией ЛОР-органов, которая приводит к нарушению психического и физического развития ребенка, его качества жизни. В связи с этим врач обязан знать не только ЛОР-патологию, но и

отрицательные состояния, к которым она приводит, чтобы глубже понять ребенка и максимально помочь ему преодолеть болезнь. Качество и эффективность лечебной помощи, оказываемой детям с патологией ЛОР-органов, в значительной степени определяется первым контактом врача и ребенка в поликлинике. Важно расширить наши представления о ролевых интеракциях в амбулаторно-поликлинической практике. По мере взросления, дети должны постепенно становиться основными партнерами врача, а модель поведения врача выбирается в соответствии со стадией социализации ребенка, нозологической формой его заболевания и поведением родителей, но она всегда ориентирована на формирование у ребенка навыков компетентного пациента и создание полноценного контакта на приеме. Для того чтобы адаптировать ролевые интеракции к конкретной педиатрической службе, необходимо определить возможные модификации в зависимости от клинических особенностей нозологических форм.