

Przewodnik dla rezydentów

Efektywne uczenie się w praktyce lekarza rodzinnego (5)

1. Jakie informacje są niezbędne do przeprowadzenia konsultacji z dzieckiem?

Relacja lekarza z dzieckiem kształtuje się inaczej niż z pacjentem dorosłym. Przyjmując małego pacjenta, lekarz powinien uświadomić sobie istnienie czynników ograniczających procesy poznawcze u dziecka, tj. przede wszystkim jego wiek, czynniki środowiskowe, ekonomiczne, kulturowe. Podczas zbierania wywiadu powinien uwzględnić etap rozwoju procesów poznawczych, na które składa się pamięć, postrzeganie, uwaga, myślenie, procesy regulujące poczucie upływu czasu i dostosować do niego stawiane pytania. U prawidłowo rozwijających się dzieci do 2 rż. mamy do czynienia z poznaniem sensomotorycznym, natomiast od 2 do 6 rż. dominuje myślenie konkretno-obrazowe, skłonność do fantazjowania, myślenia magicznego, co wpływa na formę przedstawiania przez dziecko swoich dolegliwości. U dzieci po 7 rż. stopniowo rozwija się myślenie przyczynowo-skutkowe i możliwość internalizacji interpretacji w sytuacji choroby. Dopiero po 11 rż. dziecko zaczyna dostrzegać związek między przyczyną a skutkiem choroby. Wiedzę o tym lekarz powinien wziąć pod uwagę, przyjmując małego pacjenta.

2. Jakie obszary powinny zostać poruszone w rozmowie z nastolatkiem?

Niezwykle ważne jest, aby lekarz zarezerwował więcej czasu na przeprowadzenie dokładnego wywiadu z nastoletnim pacjentem. Kwestia zaufania jest w tym wypadku kluczowa i warunkuje współpracę pacjenta lub jej brak, jest też podstawą postawienia trafnej diagnozy i właściwego rozpo-

znania problemów pozamedycznych pacjenta oraz planowania profilaktyki zdrowotnej. Wywiad z nastolatkiem powinien zawierać standardowe pytania dotyczące siedmiu obszarów tematycznych, tj.: środowiska domowego (relacje z rodzicami, rodzeństwem), problematyki szkolnej (radzenie sobie z nauką, relacje z nauczycielami, rówieśnikami), aktywności pozaszkolnej (zajęcia dodatkowe, spędzanie wolnego czasu), stosowanych używek (narkotyki, alkohol, papierosy), aktywności seksualnej (orientacja seksualna, inicjacja, antykoncepcja), myśli i tendencji samobójczych (depresja, przeżywane problemy, takie jak sytuacje bez wyjścia) oraz stopnia dbania o bezpieczeństwo własne i innych osób (np. zapinanie pasów w czasie jazdy, uczestniczenie w sytuacjach wysokiego ryzyka). Oczywiście nie wszystkie tematy muszą zostać poruszone podczas jednej wizyty, ale ważne jest, aby lekarz posiadał względnie całościowe rozumienie problemów swojego pacjenta i aktywnie się nimi zajmował. Pod koniec każdej wizyty powinno nastąpić podsumowanie, wyjaśnienie zagadnień dotyczących poufności informacji, których dostarczył nastoletni pacjent, oraz zachęcenie go do zadawania pytań, które pojawiły się podczas konsultacji, i rozmowy o ewentualnych problemach i troskach dotychczas nieporuszonych.

3. Jakie najczęstsze typy pacjentów można spotkać w praktyce lekarza rodzinnego?

Poniżej przedstawione zostały przykłady różnych zachowań pacjentów podczas konsultacji lekarskich, przeprowadzonych w obecności rezydenta i po uprzednim uzyskaniu zgody na jego obecność. Przykłady te obra-

zują niektóre zachowania pacjentów w praktyce lekarskiej:

- pacjent niepewny, wahający się,
- pacjent zdecydowany,
- pacjent ukrywający swoje drażliwe intymne problemy podczas konsultacji w obecności trzeciej osoby,
- pacjent, którego nurtują obawy i niepokój, że młody lekarz podczas konsultacji nie dotrzyma tajemnicy lekarskiej,
- pacjent o odmiennej kulturze i systemie wartości,
- nadopiekuńcza matka nastolatka,
- pacjent-dziecko w roli kozła ofiarnego, w sytuacji konfliktowej między rodzicami,
- pacjent osiągający korzyści z konsultacji przeprowadzonej przez rezydenta,
- pacjent roszczeniowy.

4. Co wpływa na zgodę pacjenta na obecność rezydenta podczas konsultacji?

Z badań wynika, że większość pacjentów wyraża zgodę na obecność rezydenta podczas wizyty lekarskiej. Przychylnie przyjęcie takiej propozycji jest związane z faktem wcześniejszego uprzedzenia o obecności rezydenta, brakiem wcześniejszych nieprzyjemnych doświadczeń z tym lub innym rezydentem, wysokim poziomem wykształcenia rezydenta oraz przekonaniem, że jego praca jest wykonywana pod kontrolą bardziej doświadczonego lekarza. Ponad 2/3 pacjentów wyraża również zadowolenie po kontakcie z rezydentem i jest zadowolonych w pełni z konsultacji lekarskiej. Natomiast inne badania dotyczące przychylnego stosunku do obecności rezydenta w prywatnym gabinecie lekarza rodzinnego wykazały, że ponad połowa pacjentów nie miała na

ten temat wyrobionego zdania, 1/3 wolałaby spotkać się tylko z lekarzem prowadzącym, a przyjęcie przez obu lekarzy preferowałaby zdecydowana mniejszość pacjentów.

5. Jak powinien zachować się rezydent, jeżeli pacjent nie wyrazi zgody na jego obecność podczas konsultacji?

Obecność rezydenta powoduje, że gabinet staje się zarówno miejscem leczenia, jak i kształcenia. Sam fakt, że pacjent został wcześniej poinformowany o obecności rezydenta podczas konsultacji (np. za pomocą informacji wywieszonych w poczekalni praktyki lub uprzedzony w rejestracji), może spowodować uzyskanie jego zgody na taką formę konsultacji.

Znaczenie dla pacjenta ma również płeć rezydenta, zwłaszcza w sytuacji badania fizykalnego, a przede wszystkim ginekologicznego czy proktologicznego.

Brak zgody pacjenta na obecność rezydenta podczas konsultacji należy wziąć pod uwagę i traktować jako rzecz naturalną, a nie jako osobisty afront. **Należy zaakceptować fakt, że pacjent ma prawo nie zgodzić się na obecność rezydenta podczas konsultacji bądź poszczególnych jej części, choć zazwyczaj bardzo szybko obecność i praca rezydenta w gabinecie lekarza rodzinnego stają się codziennością również dla pacjenta. Należy zawsze opuścić gabinet, jeżeli pacjent takiej zgody nie wyraża.** W praktyce lekarza rodzinnego powinno być przewidziane miejsce dla rezydenta,

w którym w wolnych chwilach rezydent mógłby pracować, przygotowywać prace, czytać dokumentację, korzystać z komputera, np. wtedy, gdy pacjent odmawia zgody na jego obecność. ■

Materiały prezentujemy za zgodą Wydawcy. Pytania i odpowiedzi pochodzą z: Lukas W, Teslar E, Brami J, Oleksiak A, Franek B. *Elementy komunikowania się z pacjentem – nauczanie w rozszerzonej relacji.* [w:] Lukas W, Teslar E (red.). *Efektywne uczenie się w praktyce lekarza rodzinnego. Przewodnik dla rezydentów.* Zdrowie i Zarządzanie: Kraków, 2005:99-103.

Niniejszy materiał powstał w ramach projektu *Działania na Rzecz Rozwoju Europejskiej Sieci Kształcenia Podyplomowego i Ustawicznego Lekarzy Rodzinnych*, współfinansowanego ze środków programu Leonardo da Vinci. Szczegółowe informacje o projekcie dostępne są na stronie internetowej: www.netklinika.pl/ldv.