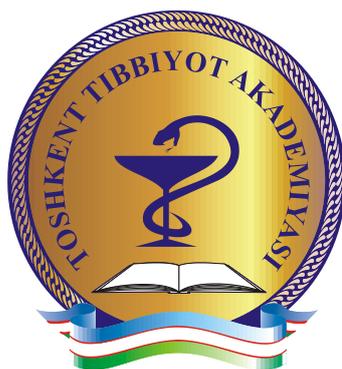


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ФАКУЛЬТЕТ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**



**СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ
БОЛЕЗНИ.
НАВЫКИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО
ОБЩЕНИЯ В СЕСТРИНСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

ТАШКЕНТ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Главного Управления
науки и учебных заведений МЗ РУз
проф. Атаханов Ш.Э.

«СОГЛАСОВАНО»
Директор центра развития
медицинского образования МЗ РУз
Юсупова М.С.

«__» _____ 2010 г

«__» _____ 2010 г

Протокол № _____

Протокол № _____

**СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ
БОЛЕЗНИ.
НАВЫКИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО
ОБЩЕНИЯ В СЕСТРИНСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическая рекомендация для студентов
факультета высшего сестринского образования
медицинских институтов

Ташкент

Составители:

1.Халматова Б.Т. –зав. каф. «Инфекционные болезни и педиатрия» медико-педагогического факультета Ташкентской Медицинской Академии, академик.

2.Халматова Б.Т. –профессор кафедры «Инфекционные болезни и педиатрия» Ташкентской Медицинской Академии, доктор медицинских наук.

3. Бобоева У.Р. – ассистент кафедры «Инфекционные болезни и педиатрия» Ташкентской Медицинской Академии, кандидат медицинских наук.

Рецензенты:

1. Каримджанов И.А. - зав. каф. «Детские болезни, неонатология и медицинская генетика» лечебного факультета Ташкентской Медицинской Академии, доктор медицинских наук, профессор

2. Ахмедова Д.И. – профессор кафедры «Неонатология» Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, доктор медицинских наук, профессор

Учебник «Детские болезни» предназначен для студентов лечебных, медико-педагогических, стоматологических и медико-профилактических факультетов медицинских институтов.

Учебник утвержден на заседании Ученого Совета Ташкентской Медицинской Академии «_____» _____ 2009 г .

Протокол № _____

Секретарь Ученого Совета,
профессор

Рахимбаева Г.С.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС, СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ, СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Сестринский процесс является одним из основных и неотъемлемых понятий современной модели сестринского дела. Эта реформаторская концепция родилась в США в середине 50–х годов и за четыре десятилетия апробации в клинических условиях полностью доказала свою целесообразность. В настоящее время сестринский процесс является сердцевинной сестринского образования и практики, создавая научную базу сестринской помощи.

В июне 1999 г. специальная комиссия МСМ (международный совет медсестер) представила вторую редакцию документа участникам Международной конференции, посвященной 100-летию МСМ, проходившей в Лондоне. Полное название документа - Международный классификатор сестринской практики (МКСП) или International Classification for Nursing Practice (ICNP). Его значение для сестринского дела трудно переоценить.

МКСП – профессиональный информационный инструмент, необходимый для стандартизации профессионального языка медсестер, для документирования сестринской практики, для подготовки кадров.

Сестринский процесс – это метод систематического последовательного осуществления медицинской сестрой профессионального ухода

Цель сестринского процесса – поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма – осуществляется путем решения следующих задач:

- Создание базы информационных данных о пациенте;
- Идентификация потребностей больного в медицинском обслуживании;
- Составление плана ухода и обеспечение ухода за больным, соответствующего потребностям пациента;
- Определение эффективности процесса ухода за больным и достижение цели медицинского обслуживания пациента.

Сестринский процесс состоит из 5 последовательных этапов:

- обследование пациента;
- диагностирование его состояния;
- планирование необходимой помощи пациенту;
- выполнение плана сестринских вмешательств;
- оценка полученных результатов.

Конечным результатом сестринского процесса является документирование полученной информации в сестринской истории болезни.

Сестринская история болезни – это юридический документ самостоятельной профессиональной деятельности медицинской сестры в рамках ее компетенции.

Цель СИБ – контроль за деятельностью медицинской сестры, выполнения ее плана и ухода и рекомендации врача, анализ качества оказания сестринской

помощи и оценка профессионализма медицинской сестры. И как итог гарантия качества оказания помощи и ее безопасности.

I ЭТАП - СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

– это процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента.

ЦЕЛЬ обследования – собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию, чтобы создать информационную базу о нем, о его состоянии в момент обращения за помощью.

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ДАННЫХ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

- Расспрос пациента
- Расспрос членов семьи и окружающих
- Информация от других членов бригады медицинской помощи
- Физическое обследование пациента
- Ознакомление с медицинской картой больного и другой медицинской документацией
- Чтение медицинской литературы и специальной литературы по уходу.

МЕТОДЫ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Опрос

Получение информации при опросе больного рассматривается как субъективный метод исследования, но жалобы больного имеют реальную основу, поэтому опрос необходимо проводить тщательно и по определенной схеме, которая включает следующие разделы:

1. Паспортная часть;
2. Жалобы больного и их детализация;
3. Анамнез заболевания;
4. Анамнез жизни;
5. Объективное обследование больного.

Полученные сведения записывают в сестринскую историю болезни.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество
2. Пол
3. Возраст
4. Постоянное место жительства
5. Место работы, профессия, должность

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Выяснение жалоб даёт представление о проблемах пациента. Нужно помнить, что больные не всегда могут чётко рассказать о своих недомоганиях, поэтому нужно учитывать их возраст, образование. Лучше не задавать больному вопросы в форме, которая предусматривает положительный или отрицательный ответ, так как это может исказить истинное положение дел.

1. Основные
2. Дополнительные по системам и органа:

а) система дыхания: дыхание через нос (свободное, затрудненное), отделяемое из носа, носовые кровотечения, боли в грудной клетке (их локализация, характер, связь с дыханием), одышка, приступы удушья, кашель сухой, с мокротой (ее характер, количество, примеси, зависимость отхождения мокроты от положения тела, кровохарканье и легочное кровотечение).

б) сердечно-сосудистая система: сердцебиение, перебои, боли в области сердца (их локализация, интенсивность, иррадиация, условия возникновения).

в) система пищеварения: аппетит, жажда (жевание, глотание, прохождение пищи по пищеводу, отрыжка и ее характер (воздухом, пищей, тухлая, кислая), тошнота, боли в животе (связь их с приемом и характером пищи, локализация, иррадиация), желудочные и кишечные кровотечения, метеоризм, характер стула (поносы, запоры, наличие примесей).

г) гепато-лиенальная система: боли в подреберье (их характер, условия появления, печеночная колика), желтуха кожи и видимых слизистых оболочек (связь ее с болевым приступом), изменение окраски мочи и кала.

д) система мочеотделения и половая: характер мочеиспускания (частота, дизурические явления, задержка), цвет мочи, наличие болей в пояснице, внизу живота (их характер и иррадиация), суточный диурез, никтурия, гематурия, менструальный цикл (его нарушения, дата последних менструаций).

е) Опорно-двигательный аппарат: боли в мышцах, суставах, костях, при движении, в покое

ж) нервная система: сон (нормальный, нарушенный, характер нарушения), головные боли (характер, интенсивность, локализация), головокружения, нарушения внимания и памяти.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

При расспросе больного необходимо выяснить:

- когда и с каких симптомов началось заболевание, начало было острым или постепенным;
- динамика симптомов: их прогрессирование или обратное развитие. Выясняют, какие с течением времени появились новые симптомы. При опросе следует интересоваться течением болезни за длительный период, что позволит выделить потенциальные проблемы
- какие исследования проводили больному, и какие получали результаты. Необходимо расспросить о проводившемся ранее лечении: какие назначались препараты, их дозировка, их влияние, переносимость.
- Обязательно необходимо подробно выяснить течение болезни в период, непосредственно предшествовавший обращению больного к врачу. При расспросе следует постоянно контролировать ход беседы наводящими вопросами с целью получения необходимой информации, т.к. часто больные заостряют своё внимание на не нужных деталях.

При этом, информация о течении болезни, полученная от самого больного, может быть обширной (при длительном течении болезни) или очень краткой (при острых заболеваниях) или если болезнь только начала себя проявлять.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

- как больной рос, развивался, когда пошёл в школу, когда началась трудовая деятельность;
- расспрашивают больного о заболеваниях, перенесенных в течение жизни, необходимо установить, сопровождалась ли какими либо осложнениями, какое проводилось лечение, госпитализировался ли больной;
- Выясняют условия труда, наличие производственных вредностей, бытовые интоксикации, вызванные потреблением алкоголя, курением;
- Выясняют характер питания больного;
- информация о родителях, близких родственниках, выясняют, живы ли они, чем болели при жизни, от какого заболевания умерли;
- выяснить аллергологический анамнез, имели ли место аллергические реакции на лекарственные препараты, на химические вещества, на домашнюю пыль, на растения и т.д. Выяснение этих фактов может иметь значение для распознавания болезней, в основе которых лежат аллергические реакции, и для того, чтобы избежать подобных реакций в будущем при проведении медикаментозной терапии;
- у женщин узнают о времени начала менструаций, их длительность, периодичность, были ли беременности, как они протекали, как протекали роды. Необходимо узнать время наступления климактерического периода и его течение.
- Выясняют также особенности половой жизни пациента.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обследование начинают с осмотра, оценки общего состояния больного, затем переходят к пальпации, перкуссии и аускультации.

ОСМОТР БОЛЬНОГО

Продолжается осмотр в течение всего времени сбора анамнеза.

Осмотр следует проводить по определенному плану с соблюдением ряда правил, при рассеянном естественном освещении, т. к. искусственное освещение искажает окраску кожных покровов и слизистых. Если приходится осматривать больного при искусственном освещении, то оно должно быть ярким.

При осмотре определяют: положение больного, общее состояние, состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек, затем переходят к осмотру лица, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Общее состояние больного. Оценивается на основании состояния сознания, положения в постели, выражения лица, состояния кожи и слизистых оболочек и выраженности симптомов заболевания.

Удовлетворительное состояние – положение больного в постели активное, выражение лица без особенностей, сознание ясное, больной активен.

Средней тяжести – более выражены жалобы, больной большую часть времени проводит в постели, сознание ясное, выражение лица болезненное, выражены патологические изменения со стороны внутренних органов.

Тяжелое состояние: больной постоянно находится в постели, жалобы и симптомы болезни значительно выражены, сознание может быть спутанным. Выражение лица страдальческое. Активные действия совершает с трудом.

СОСТОЯНИЕ СОЗНАНИЯ

Сознание: может быть ясным или спутанным. Выделяют состояние ступора (оцепенение), сопора (глубокое оглушение), комы (полная потеря сознания).

При спутанном сознании больной отвечает на вопросы с трудом.

При ступоре больной отвечает на громкий крик, но ответы неосмысленны.

При сопоре больной не отвечает на вопросы, но рефлексы сохранены. При коме отмечается полное угнетение функций ЦНС (сознание отсутствует, мышцы расслаблены, чувствительные и двигательные рефлексы полностью отсутствуют). Нарушение сознания может быть длительным или коротким, сочетаться с периодами возбуждения и бреда.

ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО

Выделяют положение в постели: активное, пассивное, вынужденное

Активное положение – больной самостоятельно садится, встает, двигается в постели, поворачивается на бок.

Пассивным считается положение, если больной неподвижен, и не в состоянии самостоятельно изменить позу. Это больные, находящиеся в бессознательном состоянии или при длительных, тяжелых заболеваниях: параличи, тяжелые травмы.

Вынужденное положение – больной занимает удобную для себя позу, при которой отмечается уменьшение неприятных (болевых) ощущений. Вынужденное положение имеет диагностическое значение т.к., при тех или иных заболеваниях больные принимают достаточно типичные позы.

ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ

Отмечено, что лица определенной конституции при определенных условиях более подвержены одним заболеваниям, а лица другой конституции – иным заболеваниям.

Астенический тип: длинные и тонкие конечности, узкие кисти и длинные пальцы рук, тонкий скелет. Шея удлинена, грудная клетка узкая, с широкими межреберными промежутками. Мускулатура и подкожный жировой слой развиты слабо.

Гиперстенический тип: конечности и шея короткие и толстые. Грудная клетка широкая и короткая, плечи широкие. Мускулатура развита хорошо.

Нормостенический тип: среднее между астеническим и гиперстеническим типами.

ОСМОТР КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Состояние кожи и слизистых оболочек: цвет, тургор, влажность, отеки, дефекты

Окраска кожи зависит от ряда факторов: глубины залегания кровеносных сосудов, увеличения или уменьшения в крови гемоглобина и эритроцитов, отложения в коже пигментов (билирубина, меланина).

Бледность кожи обусловлена спазмом сосудов, низким содержанием гемоглобина и эритроцитов (анемия).

Гиперемия (покраснение – расширение сосудов) обусловлена приемом горячей ванны, лихорадкой, приемом алкоголя или сильным волнением. Прием некоторых лекарственных средств вызывает гиперемию – никотиновая кислота и ее производные. Постоянная гиперемия может быть обусловлена увеличением количества эритроцитов (эритремия).

Синюшность – цианоз, бывает общим и местным. Общий цианоз бывает вследствие недостаточной артериализации крови в легочных капиллярах, наблюдается при заболеваниях легких.

Местный цианоз (периферический) называется еще акроцианозом и наблюдается на кончиках пальцев, на носу, на щеках, губах, ушных раковинах при заболеваниях сердца.

Желтуха – окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек в желтый цвет отмечается при избыточном накоплении желчных пигментов (билирубина) в крови и при отложении их в толще кожи (нарушение оттока желчи по общему желчному протоку при ЖКБ и опухолях головки поджелудочной железы, при гемолизе - разрушении эритроцитов, при повреждении печеночных клеток – цирроз, гепатит).

Пигментация кожи встречается в норме и при заболеваниях (загар, гипо).

Депигментация (белая кожа) – витилиго. В некоторых случаях пигмент в коже отсутствует полностью (альбинизм).

Можно выявить ограниченные участки пигментации – веснушки, родимые пятна.

Необходимо тщательно осматривать волосяной покров (наличие облысения, чрезмерное развитие волос у женщин – вирильный синдром).

При осмотре можно выявить геморрагические высыпания от точечных (петехии) до более обширных (пурпура). На коже могут выявляться различные высыпания; имеют значение при инфекционных и кожных заболеваниях.

ОСМОТР ЛИЦА

На выражение лица, помимо патологических состояний, оказывают влияние возраст, пол.

Осмотр глаз и век позволяет выявить отек век, возникающий при заболеваниях почек (нефрит), анемиях, длительном кашле.

Обращают внимание на *окраску век*: темная - при тиреотоксикозе, Аддисоновой болезни.

Наличие *ксантом* свидетельствует о нарушении холестерина обмена.

Расширенная *глазная щель* с незакрывающимися веками наблюдается при параличе глазного нерва. Сужение глазной щели наблюдается при отеке, микседеме.

Изменение зрачков имеет также значение при диагностике ряда заболеваний. *Сужение зрачков* наблюдается при уремии, опухолях, отравлении препаратами морфина.

Расширение зрачков встречается при коматозных состояниях, при отравлении атропином.

Неравномерность зрачков (анизокория) отмечается при поражении нервной системы.

Косоглазие наблюдается при отравлении свинцом, ботулизме, дифтерии, поражении головного мозга (сифилис, туберкулез, менингит, кровоизлияние). Обращают внимание на *окраску склер* – при заболевании печени и желчных путей они окрашены в желтушный цвет.

Нос может обратить на себя внимание вследствие резкого увеличения и утолщения или изменения формы (продавленный нос – гуммозный сифилис; деформация мягких тканей – волчанка).

При осмотре рта обращают внимание на его форму, окраску губ, наличие герпеса, трещин. Следует осмотреть состояние слизистой оболочки полости рта (наличие афт, пигментаций, кровоизлияний).

Изменения десен могут наблюдаться при сахарном диабете, цинге, остром лейкозе.

Осмотр языка позволяет выявить расстройство его движения (поражение ЦНС, интоксикации, инфекции); изменение цвета: малиновый язык – при скарлатине, красный – при язвенной болезни; сухость языка характерна для интоксикаций и инфекций; наличие белого налета – гастрит.

ПАЛЬПАЦИЯ

Пальпацию (ощупывание) больного проводят параллельно с осмотром. При ее проведении следует соблюдать ряд правил: положение врача и больного должно быть удобным для проведения исследования, руки должны быть теплыми. Пальпация проводится мягко. С помощью пальпации определяют влажность кожи или ее сухость; эластичность и упругость (тургор). При нормальной упругости собранная в складку кожа быстро расправляется.

Пальпация позволяет определить степень развития подкожной клетчатки, определить отеки, надавливанием в области их предполагаемой локализации (на месте надавливания отека остается ямка).

С помощью пальпации можно составить представление о состоянии мышц, лимфатических узлов. В норме лимфатические узлы невелики, безболезненны, подвижны, не спаяны между собой и окружающими тканями.

Пальпация костей позволяет установить участки болезненности, наличие искривлений, разрастание костной ткани (остеофития), наличие выпота в полость сустава.

Обширную информацию можно получить при пальпации брюшной полости, области сердца и периферических сосудов.

ПЕРКУССИЯ

Метод определения расположения внутренних органов при помощи выслушивания. Метод заключается в постукивании по поверхности тела больного тела с тем, чтобы по особенности звука судить о состоянии исследуемого органа.

Перкуссия бывает:

Прямой, когда удары пальцем наносят непосредственно по телу;

Непрямой – постукивают пальцем по другому пальцу, плотно приложенному к исследуемому участку тела.

В зависимости от воздухоносности органа, глубины его залегания каждый орган «звучит» по-своему. Это позволяет получить представление о наличии во внутренних органах патологических изменений, представление о положении, форме, границах многих внутренних органов.

Возникающие при перкуссии колебания проникают на глубину 6-8 см, именно на такой глубине может быть определена топография органа.

Выделяют 3 вида перкуторного звука:

1. *громкий, ясный* – интенсивный, хорошо различимый звук

2. *темпанический* – громкий продолжительный звук, возникающий над органами, содержащими газ и воду. В норме он возникает над кишечником и желудком.

3. *тупой* – глухой, слабый, быстро угасающий звук, возникающий в норме над безвоздушными тканями (бедренный).

Различают:

- сравнительную перкуссию, ее производят попеременно на симметричных местах грудной клетки или брюшной стенки;
- топографическая – определение границ, размеров и конфигурации органов или патологического образования.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Метод исследования, основанный на выявлении звуковых явлений, возникающих в некоторых органах и системах как отражение протекающих в них физиологических процессов.

При аускультации легких выслушиваются шумы в период вдоха и выдоха, обусловленные движением клапанов сердца и колебаниями стенок желудочков и предсердий.

При патологии сердца или легких появляются добавочные звуки или меняется тембр звуков.

ВТОРОЙ ЭТАП - сестринская диагностика

После первичной оценки состояния пациента и записи полученной информации сестра обобщает, анализирует полученные результаты и делает определенные выводы. Они становятся теми проблемами, т.е. сестринскими диагнозами, которые являются предметом сестринского ухода. Вы должны выделить сестринские диагнозы: настоящие, те, которые имеют место у пациента сегодня, будут завтра и в продолжение всего времени осуществления сестринского ухода в стационаре.

Потенциальные – проблемы, которые могут возникнуть у больного в процессе ухода за ним или быть обусловлены основным заболеванием.

Сестринские диагнозы записываются в сестринскую историю болезни после раздела «Сестринский анализ лабораторных и инструментальных данных». Затем вы приступаете к работе по карте сестринского процесса. Заполняете выделенные в ней графы. Особое внимание уделяете планированию ухода за больным и его реализации.

ТРЕТИЙ ЭТАП – определение целей, выделение приоритетов, составление плана ухода

Планирование – категория, определяющая сестринское поведение при определении целей, сосредоточенных на пациенте и установления стратегии для достижения целей. Во время планирования устанавливаются приоритеты, определяются цели, и формируется план сестринского ухода.

Установление приоритетов – это метод, по которому пациент и сестра вместе устанавливают диагнозы, основываясь на желаниях, нуждах и безопасности пациента. Поскольку у пациента несколько диагнозов, сестра не может приступить к осуществлению ухода по всем им одновременно после их установления. Сестра выбирает приоритетные диагнозы в зависимости от срочности.

Приоритеты классифицируются как первичные, промежуточные и вторичные. Сестринские диагнозы, которые могут повлечь за собой гибель пациентов, если не оказать срочную помощь, обладают первичным приоритетом.

Сестринские диагнозы с промежуточным приоритетом включают не экстремальные и не опасные для жизни и нужды пациента.

Сестринские диагнозы вторичного приоритета: нужды пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или его прогнозу.

Существуют два вида целей, выделенных для пациентов: краткосрочные (меньше одной недели). Долгосрочные (недели, месяцы, часто после выписки). Они направлены на предотвращение, реабилитацию, приобретение знаний о здоровье. Если долгосрочные цели не выделены, это лишает пациента и сестру возможности планировать продолжение сестринского ухода при выписке.

После формулирования целей медсестра составляет план ухода за больным, т.е. письменное руководство по уходу, представляющее собой перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода. План ухода координирует сестринский уход, обеспечивает продолжение ухода и перечисляет критерии результатов, по которым оценивается уход.

ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП – реализация плана ухода

План ухода за больным должен отражать принципы ухода за больным, направленные на решение данной проблемы больного. Фиксируйте их в графе «Характер сестринского вмешательства»

В графе «Реализация плана ухода» Вы пишете, что конкретно сделали, реализуя план ухода за больным, перечисляя все свои действия.

ПЯТЫЙ ЭТАП – оценка

Систематический процесс оценки требует от медсестры мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми.

Оценку результатов Вы должны производить в соответствии с поставленными целями.

Далее заполняется карта сестринского процесса, дневник сестринского наблюдения, подшиваются к истории болезни сестринские рекомендации больному и его семье по образу жизни больного после выписки.

КАРТА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

дата	Проблема пациента	План сестринских вмешательств		Характер сестринских вмешательств	Реализация плана ухода	оценка
		Цели ухода				
		Кратко срочные	Долго срочные			

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В практике медицинской сестры с высшим образованием владение навыками межличностного общения играет немаловажную роль. При первой встрече с пациентом медицинская сестра должна уметь вызвать доверие и предрасположение больного к себе. Успех постановки правильного сестринского диагноза во многом зависит от того, насколько правильно медицинская сестра собрала нужную информацию.

Ознакомление с уже заполненной частью истории болезни. Перед тем как встретиться с больным, بغло просмотрите историю болезни. Обратите внимание на анкетные данные. Сведения о возрасте, поле, расовой принадлежности, семейном положении, месте жительства, роде занятий и вероисповедании важны для получения предварительного представления о жизни больного и даже могут помочь вам сформулировать диагностическую концепцию. Откуда поступил больной, кем он направлен и в связи с чем? Знакомясь с историей болезни, вы можете получить ценную информацию о поставленных ранее диагнозах и проведённом лечении. Однако это не должно мешать вам, формулировать новые подходы и строить новые диагностические гипотезы.

Окружающая обстановка. Возможно, вам придётся вести беседу с больным в неподходящей обстановке (например, в многоместной палате или в коридоре отделения неотложной помощи). Постарайтесь сделать её удобной и неофициальной. Следует найти место, где вы могли бы сидеть с больным лицом к лицу. Если вы ведёте беседу, небрежно прислонившись к стене, направляясь к двери или переминаясь с ноги на ногу, у больного может пропасть желание говорить. Такое же отрицательное воздействие окажет демонстрация своего превосходства или даже неуважения к больному (например, если вы начинаете опрашивать больную, лежащую на спине в положении для влагалищного исследования).

Держитесь от больного на некотором расстоянии: не слишком близко, чтобы избежать ненужной интимности, и не очень далеко, чтобы не затруднить общение. Больным легче говорить, когда они сидят рядом с врачом, а не смотрят на него через стол, как через барьер. Если больной не желает большего сближения с вами, он даст вам это понять. Немалую роль играет и освещение. Не садитесь так, чтобы между вами и больным оказался яркий источник света или окно. Хотя вы и будете видеть его хорошо, он будет щуриться, глядя на вас. Опрашивайте больного непринуждённо.

Поведение и внешний вид врача. В процессе опроса больной так же наблюдает за вами, как и вы за ним. Желая того или нет, вы своим разговором и поведением снабжаете его информацией о себе. Вам следует внимательно относиться к этой информации и контролировать её, насколько это возможно. Ваши поза, жесты, взгляд, речь могут выражать интерес, внимание, понимание, расположение. Опытный врач ведёт беседу спокойно, не спеша, даже если его время ограничено. Проявления раздражения, неодобрения, замешательства, нетерпения или скуки, а также стереотипная,

покровительственная или ироничная речь препятствуют беседе. Если подобные эмоции и естественны, их не следует проявлять. Об этом не следует забывать не только при общении с больным, но и при обсуждении его со своими коллегами и преподавателями, как у его постели, так и в аудитории.

Ваш внешний вид также может способствовать налаживанию контакта с больным. Старайтесь быть опрятными, аккуратными, строго одетыми. В то же время при общении с детьми или больными молодого возраста следует избегать консерватизма в одежде.

Запись полученных сведений. Запомнить все подробности трудно, поэтому делайте для себя заметки. Большинство больных к письменной регистрации сообщаемых ими сведений относятся спокойно, однако у некоторых это может вызвать недоверие. В этом случае выясните причину их беспокойства и объясните необходимость записи вашим желанием быть точным. Со временем вы сможете записывать большую часть получаемой информации (анамнез, состояние больного на момент осмотра, семейный анамнез, описание органов и систем) в окончательном виде в процессе беседы с больным. Запись информации не должна отвлекать вашего внимания от больного и лишать его инициативы в беседе. Выясняя характер болезни, психосоциальный анамнез и другие сложные разделы истории болезни, не пытайтесь всё записывать в окончательном виде. Используйте лишь краткие выражения, отдельные слова, даты. Когда разговор касается деликатных вопросов, лучше прекратить записывать.

Встреча с больным. Теперь вы готовы встретиться с больным, беседовать с ним, сосредоточиться на его проблемах. Пожмите ему руку, если вы чувствуете, что это удобно. Обратитесь к нему по имени или, если больной не ребёнок или подросток, по имени и отчеству. Нетактично и неуважительно обращаться к незнакомым больным по фамилии или используя ласковое обращение, а также называть больную женщину преклонного возраста «бабу-ля», а мать больного ребёнка «мама». Представьте и, если вы студент, объясните больному вашу роль.

Удобства для больного. Будьте внимательны к больному. В медицинском учреждении должно быть отведено место для верхней одежды и других вещей больного. Находясь в клинике, спрашивайте, как себя чувствует больной, и не помешал ли ему ваш приход. Обратите внимание на такие признаки дискомфорта, как неудобное положение больного, проявления боли, и беспокойства или желание помочиться. Недолгое ожидание, пока больной займёт удобное положение в постели, сходит в туалет или попрощается с посетителями, может значительно облегчить сбор анамнеза и сократить время на заполнение истории болезни.

Начало беседы. Выясните, что привело больного к врачу, каковы новые жалобы (если они есть) и чем он болеет (иногда пациент может явиться для контрольного осмотра или, желая обсудить некоторые вопросы, связанные со здоровьем, не предъявляя жалоб и не страдая никаким недугом). Начните с вопросов общего характера, дающих полную свободу

для ответов: «Что привело вас сюда?» или «Какие у вас трудности?». После того как больной ответил, спросите снова, возможно, даже несколько раз: «Что ещё?». После получения ответов направьте больного к продолжению разговора, попросив его рассказать о своих жалобах или, если окажется, что жалоб много, спросите об одной из них: «Расскажите мне о головных болях» или «Что вас больше всего беспокоит?». Пока больной отвечает, внимательно следите за ходом его мысли.

Предоставление инициативы больному. Многие больные обращаются за помощью по поводу довольно простой патологии. Однако у других болезнь может иметь сложные причины; эти больные могут тяжело переживать свой недуг, возможное лечение и то, кто их будет лечить. В самом начале опроса вы не знаете, с каким больным имеете дело. Чтобы это выяснить, методика опроса должна быть такой, чтобы больной рассказывал о себе непринуждённо. Если вы прервёте его своими вопросами слишком рано, то рискуете не услышать от него интересующих вас сведений. Однако вы должны слушать активно, обращая внимание на важные симптомы, эмоции, события. Это поможет вам в дальнейшем направить разговор таким образом, чтобы больной подробнее описал отмеченные вами детали. К приёмам, позволяющим направить разговор в нужное вам русло, относятся поощрение, рефлексия, пояснение, сопереживание, конфронтация (противопоставление), интерпретация (истолкование) и вопросы, раскрывающие чувства и переживания.

Поощрение. Этот приём заключается в том, что вы своей позой, поведением или словами побуждаете больного сообщить больше, не конкретизируя сказанное. Само по себе молчание, если вы внимательно слушаете, хотя и расслаблены, тоже может поощрять больного. Подаваясь вперед, глядя на больного, произнося при этом: «Гм-мм», «Продолжайте, пожалуйста», «Я вас слушаю», вы побуждаете больного продолжать повествование.

Рефлексия. Это приём, близкий к поощрению. Повторяя слова, сказанные больным, вы побуждаете его сообщить дополнительные подробности. Рефлексия может оказаться полезной для выяснения как интересующих вас фактов, так и переживаний больного. Например:

<i>Больной:</i>	«Боль усилилась и стала разлитой». (Пауза)
<i>Вопрос.</i>	«Разлитой?»
<i>Больной:</i>	«Да, она отдаёт в плечо и распространяется вниз по левой руке до пальцев. Мне было так плохо, что казалось, что я умираю». (Пауза)
<i>Вопрос:</i>	«Вам казалось, что вы умираете?»

<i>Больной:</i>	«Да. На точно такую боль жаловался мой отец во время сердечного приступа, и я боялся, что и у меня то же самое».
-----------------	--

В данном случае рефлексия помогла выяснить не только локализацию и интенсивность боли, но и отношение к ней больного. При этом ход мыслей больного не нарушился.

Пояснение. Иногда слова больного и ассоциации, описываемые им, носят неконкретный характер. И если вам трудно понять их смысл, вы можете попросить его пояснить их, спросив, например: «Скажите, а что вы понимаете под простудой?» или «Вы сказали, что поступили так же, как ваша мать. Как это понять?».

Сопереживание. В разговоре с вами больные могут выражать словами или без слов чувства, которые их беспокоят, смущают и которые они скрывают. Эти чувства могут сыграть решающую роль в понимании их болезни и планировании лечения. Если вам удастся выяснить их, отнеситесь к ним с пониманием и сочувствием, сделайте так, чтобы они почувствовали себя спокойнее и смогли продолжать разговор. Своё сочувствие вы можете выразить такой простой фразой, как «Да, я понимаю». Его можно выразить также, сказав: «Вы, должно быть, очень расстроены» или «Вам, должно быть, очень трудно». Сочувствие можно выразить и без слов (например, вы предлагаете больному платок, если он расплакался, или берёте его за руку, выражая тем самым понимание). Сочувствуя больному, следует быть уверенным в том, что ваша реакция правильна. Так, если вы посочувствовали больному по поводу смерти его родителей, в то время как она фактически освободила его от длительного финансового бремени и переживаний, то вы неправильно поняли ситуацию.

Конфронтация (противопоставление). В то время как сопереживание признаёт выраженные больным чувства, конфронтация выделяет что-либо в словах или поведении больного. Если вы видите, например, признаки гнева, тревоги или депрессии, то конфронтация может помочь больному выразить свои чувства. «Вы говорите, что не волнуетесь, однако ваши руки дрожат, когда вы говорите об этом, и у вас слезы на глазах». Конфронтация может помочь вам и в том случае, если рассказ больного непоследователен. «Вы говорите, что не знаете, что провоцирует у вас боли в желудке, однако, когда они у вас появились, вы избегали принимать пищу».

Интерпретация (истолкование). Это более активное вмешательство в повествование больного. В этом случае вы высказываете скорее заключение, чем просто замечание: «Сегодня для вас всё было не так. Вы выглядите по горло сытым больницей»; «Вы много спрашиваете о рентгенологическом исследовании. Вы боитесь его?». В то же время существует опасность неправильного истолкования сказанного больным, что может затруднить беседу. При правильном же использовании этого приёма вы можете выразить как сопереживание, так и понимание.

Выяснение переживаний больного. Помимо использования описанных приёмов, вы можете просто спросить больного о том, как он относится к тому или иному симптому или событию. Если вы видите на лице больного, в его голосе, словах или поведении сильные, но не высказанные чувства, спросите его о них. Если больной увидит, что вы интересуетесь его чувствами в той же мере, что и фактами, то он сможет сообщить вам ценные сведения.

Получение дополнительной информации. Используя методику опроса в виде непринуждённой беседы, обычно удаётся получить общее представление о недуге больного. Для уточнения хронологической последовательности событий вы можете задать больному вопросы вроде: «Что дальше?» или «Что случилось после этого?». Однако большую часть времени вам придётся использовать для выяснения дополнительных деталей. Выясняйте подробности, задавая более конкретные вопросы о том, что больной в своём рассказе не упомянул. Если недуг больного проявляется болью, то выясните следующие детали:

Детализация симптома (боли)

1. Локализация. Где локализуется боль? Куда она иррадирует?
2. Качество. Что она напоминает?
3. Интенсивность. Насколько она сильна?
4. Время появления. Когда она началась (начинается)? Как долго она длится? Как часто она появляется?
5. Обстоятельства, при которых она возникает, включая факторы окружающей среды, эмоциональные реакции или другие обстоятельства.
6. Факторы, облегчающие или усугубляющие боль.
7. Сопутствующие проявления.

Аналогичным образом опишите и другие симптомы. Такая детализация играет основную роль в распознавании болезни и проведении дифференциальной диагностики.

Клиническое мышление. После расспроса о симптомах и их детализации вам необходимо аналитическим путём выяснить, какие системы и органы могут быть вовлечены в патологический процесс. Например, боль в нижней конечности может быть результатом поражения сосудистой, костно-мышечной или нервной системы. Сопутствующий отёк в области лодыжек свидетельствует о вовлечении вен. Боли в суставах обусловлены поражением костно-мышечной системы, а боль, которая «стреляет» от поясницы в ногу ниже колена, сдавливанием нервных корешков. Для выяснения недостающих для анализа данных воспользуйтесь информацией, изложенной в разделе «Описание органов и систем». Таким образом, вы можете получить аргументы «за и против» предполагаемого диагноза.

Прямые вопросы. Для получения конкретной информации уместны прямые вопросы. При их постановке исходят из следующих принципов. Прямые вопросы должны следовать в *порядке конкретизации рассматриваемого симптома*, например, наиболее логична такая последовательность вопросов: «Что напоминала загрузинная боль? В каком

месте вы её ощущали? Покажите. Она ограничивалась этим местом или распространялась куда-либо? ...в какие пальцы?».

Прямые вопросы *не должны быть направляющими*. Если больной утвердительно отвечает на вопрос «У вас был дёгтеобразный стул?», то вы можете усомниться в том, что больной действительно имеет в виду дёгтеобразный стул. Лучше сформулировать этот вопрос, например, так: «Какого цвета был ваш стул?». По возможности *задавайте вопросы, не требующие однозначных ответов* «да» или «нет». Например, вопрос «Через сколько ступенек у вас появляется одышка?» предпочтительнее, чем вопрос «У вас бывает одышка при подъёме по лестнице?». Иногда бывает так, что больной не может описать свои симптомы без посторонней помощи. В таком случае для большей объективности предложите больному *несколько возможных ответов*: «Эта боль тупая, острая, давящая, жгучая, стреляющая или какая-то ещё?». Почти любой прямой вопрос допускает по крайней мере два возможных ответа («У вас кашель с мокротой или без неё?»).

Не задавайте сразу несколько вопросов. Например, вопрос «Вы болеете туберкулёзом, плевритом, астмой, бронхитом или пневмонией?» может вызвать у больного замешательство, и он ответит отрицательно.

Говорите с больным доступным для него языком. Вы можете спросить больного-медика о диспноэ, но в других случаях нужно употреблять слово «одышка». В беседе с больным-горняком можно употребить разговорное выражение «задышка» (соответствующие слова для названия симптомов приведены в главе 2). Лучше всего по возможности использовать слова больного, удостоверившись в том, что вы их правильно понимаете.

Сбор сведений, касающихся деликатных сторон жизни больного. Студенты всегда испытывают затруднения в беседе с больным - на деликатные, эмоциональные темы. Поначалу список таких вопросов может быть длинным и включать в себя сексуальную активность, отношение к смерти, финансовые заботы, проблемы, затрагивающие расовую и этническую принадлежность больных, отношения в семье, семейные неурядицы, психические заболевания, физические недостатки, функции мочевыделительной системы и кишечника. Многие из вас могут чувствовать себя неловко при обсуждении некоторых из этих тем. Однако большинство из взрослых больных довольно легко отвечают на подобные вопросы, и вы можете выяснить важные обстоятельства, сыгравшие роль в возникновении болезни.

Имеется несколько способов избавиться от чувства неловкости в таких случаях: специальные курсы, чтение литературы вообще и по специальности в частности и приобретение собственного жизненного опыта. Используйте их все. Освойте несколько наводящих вопросов и запомните, какие ещё сведения помогут вам составить собственное мнение. По возможности прислушивайтесь к беседе с больными на подобные темы опытных врачей и затем пробуйте сами вести разговор с больным. И вы к своему удивлению обнаружите, что круг вопросов, при обсуждении которых вы чувствуете себя неловко, сужается.

Употребление алкоголя и наркотиков. Выяснение этого вопроса доставляет трудности многим врачам. В то же время болезненные симптомы часто непосредственно связаны с употреблением алкоголя и наркотиков, а привыкание к наркотикам может существенным образом повлиять на дальнейшее лечение. Осуждение больного не входит в ваши полномочия; вы должны (если больной того желает) собрать сведения, которые позволят правильно оценить состояние больного и составить план лечения. Ваше неосуждающее поведение может побудить больного поведать вам о своём пристрастии.

Вопросы относительно употребления алкоголя и наркотиков обычно задают после вопросов об употреблении кофе и табачных изделий. «Сколько спиртного вы употребляете?» хороший вопрос для начала беседы, так как он исключает однозначный ответ «да» или «нет», однако всё же позволяет выяснить, страдает ли больной алкоголизмом. Поэтому попробуйте задать ещё пару вопросов: «У вас были расстройства, вызванные употреблением спиртного?» и «Когда вы выпивали последний раз?». Положительный ответ на первый из вопросов и приём алкоголя в течение последних суток, как было показано по крайней мере в одном исследовании, позволяют предположить у больного алкоголизм.

Физическое насилие. О физическом насилии, о котором его жертвы часто умалчивают, следует думать в следующих случаях: когда повреждение труднообъяснимо, не соответствует словам больного, скрывается им или вызывает у него замешательство; когда имеет место несвоевременное обращение за медицинской помощью; когда в анамнезе имеются указания на повторные «травмы» или «несчастные случаи»; когда сам больной или его близкие страдают алкоголизмом или наркоманией. Некоторые особенности в поведении человека, подвергшегося насилию, могут вызвать подозрение: он пытается перехватить инициативу в разговоре, не решается выйти из комнаты или выглядит необычно встревоженным и обеспокоенным. Удачно подобранные вопросы позволяют сопоставить то, что больной рассказал вам, с тем, что вы у него находите:

Когда он приходит домой такой пьяный, он бьёт (избивает, истязает) вас или детей? Что он делает? Что делаете вы?

Вы сказали, что часто спорите с мужем. Эти споры заканчивались дракой? У вас на груди и животе кровоподтёки. Вы можете рассказать, что случилось? Вас кто-нибудь ударил?

Сказав, что это довольно распространённое явление, вы можете побудить больного рассказать о случившемся: «Многие женщины говорили мне, что дома их обижают и бьют. А как у вас?». Если вы подозреваете жестокое обращение с ребёнком, можете спросить: «Большинство родителей очень расстраиваются, когда их ребёнок плачет или капризничает. Как вы относитесь к своему ребёнку, когда он плачет? Что вы делаете, когда он не перестаёт плакать? Как вы наказываете своего ребёнка, когда он совершает какой-либо проступок? У вас был когда-нибудь страх того, что вы можете причинить боль своему ребёнку?».

Половая жизнь. Задавая вопросы о половой жизни, вы преследуете по крайней мере четыре цели. Во-первых, у многих больных имеются вопросы, связанные с половой жизнью и её расстройствами, которые они хотели бы обсудить со специалистом. Даже если они избегают касаться их при первом посещении, то позже, если вы затронете эту тему, они могут уже не стесняться говорить о ней. Во-вторых, с половой жизнью могут быть непосредственно связаны конкретные симптомы, которым следует уделить внимание. В-третьих, половые расстройства иногда могут быть следствием приёма лекарств, и если их распознать, то можно вылечить больного. В-четвёртых, половая жизнь связана с риском нежелательного зачатия или заражения болезнями, передающимися половым путём, в том числе СПИДом, поэтому обсуждение этого аспекта имеет и профилактическое значение.

Вопросы о половой жизни могут иметь отношение к нескольким разделам истории болезни. Если основные жалобы больного связаны с заболеванием мочеполовой системы, то сведения о половой жизни включаются в раздел «История настоящего заболевания». Наличие у больного хронического недуга или серьёзных симптомов (например, боли или одышки) может вызвать расстройство половой функции. Обычный последовательный опрос больного подразумевает выяснение такого влияния не только на половую сферу, но и на другие стороны жизни больного. Чаще всего сведения о половой жизни берутся из раздела, посвящённого описанию органов и систем. Расположение этого раздела почти в конце истории болезни даёт вам возможность сначала установить с больным доверительные отношения.

Смена темы в разговоре. Когда вы переходите от одного раздела истории болезни к другому, желательно использовать короткие связующие фразы вроде «Теперь я бы хотел спросить вас о вашем здоровье в прошлом» или «...о других ваших органах».

Посистемное описание органов. Основная цель этого раздела не оставить без внимания какие-либо важные симптомы, особенно касающиеся тех сторон, которые вы ещё не затронули в беседе с больным о его недуге. Начинайте выяснение состояния той или иной системы или органа с обобщающего вопроса. Это поможет больному сконцентрировать внимание на предмете разговора, а вам при обсуждении каждой системы вести опрос от общего к частному. Иногда вы можете ограничиться одним этим вопросом. Например:

Как у вас со слухом, не жалуетесь ли вы на уши?

А как у вас с лёгкими, с дыханием?

Вас беспокоит сердце?

Как у вас с пищеварением? Как функционирует кишечник?

Дополнительные вопросы, уточняющие детали, помимо всего прочего, зависят от возраста больного, его общего состояния и цели посещения. Пожилому больному с повышенным риском сердечной патологии, рака и

снижения слуха необходимо задать больше уточняющих вопросов, чем здоровому на вид 20-летнему пациенту.

Некоторые врачи предпочитают сочетать опрос о состоянии органов и систем с обследованием (например, осматривая уши, спрашивают о слухе). Когда симптомов немного, такое сочетание может оказаться эффективным, однако если их много, оно неудобно и затрудняет исследование. Если вы хотите попробовать сочетанный опрос, то вам следует сначала овладеть методикой обследования больного.

Заключение. После завершения опроса передайте инициативу больному: «О чём ещё нам осталось поговорить?» или «Мы обо всём поговорили?». Для того чтобы представить себе общую картину болезни, вам может потребоваться краткое обобщение. В конце беседы объясните больному, что будет дальше: «Теперь я должен осмотреть вас. Я вас оставлю на несколько минут. Наденьте, пожалуйста, этот халат». Указав больному, как надевать халат, вы ещё больше расположите его к себе и сэкономите несколько минут.

Особенности ведения беседы с пожилыми людьми

Больные пожилого возраста также имеют особенности, которые могут как облегчить, так и затруднить общение с ними. У них могут быть снижены слух, зрение, реакции. Они часто страдают хроническими заболеваниями, которые причиняют им неудобства, ограничивают подвижность. Пожилые больные могут не говорить о своих симптомах одни из боязни сказать об этом вслух, другие из опасения увеличить стоимость лечения или из желания избежать неудобств, связанных с диагностическими и лечебными процедурами. Третьи могут принимать имеющиеся у них симптомы за проявление старости или просто забыть о них.

Пожилые больные рассказывают о себе медленнее, чем молодые. Предоставьте им больше времени для ответов на ваши вопросы. Говорите медленно и негромко. Желательно разговаривать в уютном тихом помещении, где вас ничто не отвлекает. Не пытайтесь завершить всё за один раз. Несколько бесед могут оказаться менее утомительными и более продуктивными.

Достигнув средних лет, люди всё больше осознают свой возраст. Они начинают измерять свою жизнь не прожитыми годами, а тем, сколько им осталось прожить. Они склонны вспоминать прошлое, размышлять о прежних радостях, сожалениях, конфликтах. Слушая рассказ больного о своей жизни, вы можете лучше понять его и помочь преодолеть болезненные переживания.

Хотя обобщения в отношении пожилых людей и целесообразны, они могут явиться причиной вашего стереотипного поведения, воспрепятствовать пониманию вами их индивидуальности. Попытайтесь выяснить прошлый опыт больного и его устремления. Узнайте, как он справлялся с приступами болезни в прошлом. Поскольку он может и в настоящей ситуации вести себя по-прежнему, это знание поможет вам сориентироваться. Уточните, как

больной расценивает своё состояние и как относится к себе, к своему возрасту. «Расскажите мне, пожалуйста, что вас больше всего радует, что беспокоит, что бы вы изменили в своей жизни, если бы могли?»

У пожилых людей, а также у всех страдающих хроническими заболеваниями, следует выяснить, нуждаются ли они в посторонней помощи в повседневной жизни, как они ходят, едят, одеваются, следят за собой, пользуются ванной и туалетом; жалуются ли они на недержание мочи или кала, частые падения; пользуются ли телефоном, ходят ли за покупками, в прачечную, готовят ли еду, ведут ли хозяйство, водят ли машину или пользуются другими транспортными средствами, ведут ли финансовые дела, такие, как оплата счетов; трудно ли им подниматься по лестнице; далеко ли магазин, банк; беспокоит ли их собственная безопасность и кто может помочь им. Это позволит вам лучше понять и лечить их и, кроме того, даст возможность оценивать состояние больного в динамике.

ТРУДНЫЕ СЛУЧАИ В БЕСЕДЕ С БОЛЬНЫМИ И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Независимо от возраста больного, некоторые черты в его поведении и некоторые ситуации могут вызвать раздражение у врача или привести его в замешательство. Умение справляться с подобными трудностями будет развиваться у вас в течение всей вашей жизни.

Молчание. Неопытный медицинский персонал во время пауз может чувствовать себя неловко, думая, что разговор обязательно надо поддерживать. Это неправильно. Молчание имеет свой смысл и значение. При описании своих недугов больные часто замолкают ненадолго, чтобы собраться с мыслями, вспомнить подробности или решить, можно ли вам довериться, чтобы сообщить те или иные сведения. Вежливое молчание врача с последующей краткой фразой, поощряющей к продолжению разговора, лучшая реакция в таких случаях. Во время пауз будьте особенно внимательны к невербальным проявлениям переживаний, свидетельствующим о трудноконтролируемых эмоциях. Если больной сильно нервничает, вам поможет вежливая конфронтация: «Кажется, вы расстроились, рассказывая об этом?». У угнетенных больных или больных, страдающих деменцией, спонтанность выражения эмоций может быть нарушена; они отвечают на вопросы кратко и быстро замолкают. Если вы замечаете такие проявления, то уделите внимание психическому статусу больного.

Порой причиной молчания больного бывают допущенные врачом ошибки или его неотзывчивость. Может быть, вы задаёте слишком много прямых вопросов? Тогда больной просто уступает вам инициативу и играет пассивную роль при опросе. Не обидели ли вы больного чем-нибудь (например, проявлениями неодобрения или осуждения)? Не упустили ли вы превалирующий симптом, такой, как боль или одышка? Не испытывает ли он потребности сходить в туалет? Если это так, то вам следует прервать опрос

или сократить его и вновь возобновить в более благоприятной для больного обстановке.

Говорливые больные. Не меньшие трудности представляют излишне разговорчивые больные. Недостаток времени и сознание необходимости полностью выслушать больного могут вызвать у врача признаки нетерпения или даже раздражения. Хотя идеального выхода из такой ситуации нет, некоторые приёмы могут оказаться полезными. Во-первых, вы можете изменить намеченный план опроса и собрать неполный анамнез. Во-вторых, вы можете предоставить больному полную свободу говорить в течение 5 или 10 мин. Это даст вам возможность изучить речь больного. Есть ли у него необоснованные страхи или склонность к навязчивым подробностям? Имеются ли разорванность или дезорганизация мышления, свидетельствующие о психозе? Возможно, что больной просто нуждается в том, чтобы высказать тревожившие его мысли. В-третьих, попытайтесь сконцентрировать мысли больного на том, что кажется вам наиболее важным. Проявите интерес к этому и задайте соответствующие вопросы. Если нужно, вежливо прервите его. Краткое резюме может помочь вам изменить тему разговора, убедить больного, что вы его слушали и поняли. «Насколько я понял, боль в груди у вас возникает часто, длится долго и не всегда локализуется в одном месте. Теперь расскажите мне о своём дыхании». Никогда не показывайте своего нетерпения. Если вы израсходовали всё запланированное время, объясните это больному и назначьте следующую встречу. При этом вы можете указать время, которым располагаете: «Я знаю, что мы ещё о многом не поговорили. Мы сможем продолжить разговор завтра. У нас будет целых полчаса».

Больные с множественными симптомами. В некоторых случаях больной может подтвердить у себя все названные вами симптомы. Хотя и возможно, что больной действительно имеет патологию многих органов, всё же более вероятны серьёзные расстройства эмоциональной сферы. В таких случаях детализация каждого из симптомов может оказаться неоправданной. Необходимо изучить психосоциальный статус больного.

Патологические страхи. Страх частая и естественная реакция на болезнь, на лечение и на само медицинское учреждение. У некоторых больных страхом окрашены их реакции на стрессовую ситуацию. Страх может способствовать усугублению болезни. Будьте внимательны к вербальным и невербальным проявлениям страха. Например, такие больные часто сидят в напряжённой позе, нервно перебирая пальцами или теребя одежду. Они могут часто вздыхать, облизывать сухие губы, потеть больше обычного или даже дрожать. Частая пульсация сонных артерий выдаёт учащённое сердцебиение. Некоторые больные не в состоянии говорить. Другие пытаются скрыть свои чувства разговором, упорно избегая затрагивать причину своего беспокойства. Если вы обнаружите у больного страх, постарайтесь склонить его к тому, чтобы он рассказал вам о своих чувствах.

Утешение. В разговоре с больным, испытывающим страх, возникает желание утешить его, сказав, например: «Не бойтесь, всё будет хорошо». Однако такой подход может оказать обратное действие. Пока вы не выяснили причину страха, ваши утешения неуместны. Более того, преждевременное утешение может помешать дальнейшей беседе, поскольку признание в страхе многие люди считают проявлением слабости. Для начала необходимо разобраться в переживаниях больного. Это способствует появлению у него чувства уверенности. Окончательно же страх исчезает гораздо позже, когда вы завершили опрос, обследование и, возможно, провели некоторые лабораторные исследования. Тогда вы можете объяснить больному, что с ним, и открыто обсудить беспокоящие его вопросы.

Гнев и враждебность. У больных могут быть причины для гнева: они потеряли здоровье, лишились привычного образа жизни, чувствуют себя беспомощными. И они могут направить свой гнев на вас. Возможно, что вы заслужили их враждебность. Может быть, вы опоздали на приём, были невнимательны, неотзывчивы, раздражительны? Если это так, постарайтесь загладить свою вину. Однако чаще больные вымещают свой гнев, вызванный неурядицами, на врача. Дайте им облегчить душу. Отнеситесь к их чувствам спокойно. Не разделяйте враждебное отношение больного к другому отделению или клинике, даже если вы в глубине души чувствуете его правоту. После того как больной успокоился, вы можете наметить следующие шаги. Однако разумное разрешение эмоционального конфликта не всегда возможно, и людям требуется время, чтобы справиться со своим гневом.

Алкогольное возбуждение. Мало кто из больных может так нарушить ритм работы в клинике, как люди в состоянии алкогольного опьянения. Они обычно раздражены, агрессивны и неуправляемы. Перед тем как опросить их, поставьте в известность больничную службу безопасности. Вступая в контакт с больным, поздоровайтесь с ним, представьтесь и пожмите ему руку. Очень важно вести себя доброжелательно, невызывающе. Избегайте смотреть пьяному больному в глаза, держитесь непринуждённо и миролюбиво, расслабьте руки, не сжимайте их в кулак. Не пытайтесь заставить такого больного не шуметь или не ругаться. Выслушайте его внимательно и попробуйте понять, что он говорит. Иногда такие больные в маленьком помещении чувствуют себя как в ловушке, поэтому лучше всего говорить с ними в просторной комнате; это придаст уверенности и вам. Можете предложить ему поесть или выпить кофе; это поможет успокоить его и как-то разрядить обстановку.

Плач. Подобно гневу, плач также является одним из важных проявлений эмоций. Подавлять его приходится редко. Когда больной, кажется, готов расплакаться, мягко прибегните к конфронтации или выразите сопереживание и дайте ему поплакать. Отнеситесь к этому спокойно. Предложите платок. Подождите, пока он успокоится. Можете подбодрить его, заметив: «Это хорошо, что вы выплакались». При таком отношении больные обычно берут себя в руки и могут продолжать разговор.

Депрессия. Проявляясь утомлением, похуданием, бессонницей и неопределёнными болями, депрессия является одним из самых частых клинических синдромов. Нередко она остаётся незамеченной или её просто игнорируют. Поэтому будьте внимательны, не упустите её, изучите её проявления. Вы должны знать, насколько она серьезна. Подобно тому, как вы оцениваете характер болей в груди, вы должны оценить и тяжесть депрессии. Оба эти синдрома представляют потенциальную угрозу для жизни. Не бойтесь того, что следует спросить больного, не было ли у него мыслей о самоубийстве.

Привлекательные больные. Врачи обоего пола могут почувствовать влечение к своим больным. К появлению у вас подобных чувств отнеситесь как к нормальной реакции, однако не давайте им влиять на ваше поведение.

Следите за тем, чтобы ваши отношения не выходили за рамки профессиональных. Иногда больные могут, открыто заигрывать с вами или делать недвусмысленные предложения. Спокойно, но твёрдо объясните им, что ваши отношения сугубо профессиональные, а не личные. Проанализируйте также своё поведение. Может быть, вы отнеслись к больному чересчур тепло, выразили своё расположение физически, искали его (её) эмоциональную поддержку? Может быть, не осознавая того, вы одеваетесь или ведёте себя соблазнительно? Старайтесь не допускать таких ситуаций.

Необычное поведение больного и бессвязная история болезни. Иногда вы можете чувствовать себя неудовлетворёнными и разочарованными вашим контактом с больным. Вы точно записываете ответы больного на вопросы, а история болезни может оказаться расплывчатой и непонятной; мысли, излагаемые в ней, бессвязны, язык тяжеловесен. Даже если вы тщательно формулируете свои вопросы, вам не удаётся получить на них ясные ответы. Симптомы могут быть описаны в вычурных выражениях: «Моим ногтям очень тяжело» или «Мой желудок извивается как змея». Такое описание должно насторожить вас в отношении возможного психического заболевания, такого, как шизофрения. Задавая косвенные вопросы, вы можете получить больше информации о необычных симптомах. В процессе опроса вам следует уделить внимание также оценке психического статуса больного, в частности его настроения, мышления, восприятия.

Многие больные с психозом могут более или менее успешно адаптироваться в обществе. Они часто откровенно сообщают вам о своём диагнозе, симптомах, пребывании в клинике и принимаемых препаратах. Опрашивайте их без смущения и излишней многословности.

У некоторых больных, страдающих делирием или деменцией, нарушена мыслительная функция. Будьте особенно внимательны к возможным проявлениям делирия, когда имеете дело с пьяным или остро заболевшим человеком, и деменции, когда перед вами пожилой больной. От больных с такими расстройствами трудно получить точные сведения. Они описывают свои симптомы расплывчато и непоследовательно и не в состоянии рассказать, как и что с ними случилось. Они обычно

невнимательны к вашим вопросам и отвечают нерешительно. Иногда такие больные могут фантазировать, т.е. сообщать частично вымышленные сведения, чтобы скрыть пробелы в памяти. Если вы заподозрили нарушение когнитивной деятельности (например, деменцию) не тратьте слишком много времени на выяснение деталей. Направьте ваше внимание на оценку психического статуса больного, проверяя, в частности, уровень сознания, способность ориентироваться, память. Вы можете при продолжении опроса осторожно употребить исходные вопросы: «Когда в последний раз вы были у врача? Давайте посмотрим, как давно это было?»; «Вы проживаете сейчас по адресу, ...а ваш номер телефона?». Правильность ответов можно проверить по истории болезни (если, конечно, там указаны точные сведения).

Больные с ограниченным интеллектом. Больные с умеренно ограниченным интеллектом обычно в состоянии сообщать вам правильные сведения для истории болезни. Вы можете не заметить недостатка и дать больному инструкции, которые он не способен даже понять. Если вы заподозрили такие нарушения, уделите особое внимание учёбе больного в школе. Как долго он ходил в школу, почему бросил учёбу, как учился, какие курсы посещал. Незаметно перейдите к изучению его психического статуса, включая способность к счёту, словарный запас, общую осведомлённость и абстрактное мышление.

Если у больного тяжёлая умственная отсталость, заполните историю болезни с помощью его родственников и друзей. Однако, демонстрируя интерес к самому больному и ведя с ним несложную беседу, попытайтесь установить с ним контакт. Как и при общении с детьми, не показывайте своего умственного превосходства, избегайте аффективной речи и снисходительного поведения, так как если больной и не поймёт этого, то могут увидеть его родственники и друзья.

Способность читать. Перед тем как дать письменные инструкции, разумно оценить способность больного читать. Некоторые больные, не умеющие читать из-за языкового барьера, нарушения способности к обучению или плохого зрения, признаются в этом, если их спросить, а другие нет. Вы можете выяснить это, как бы проверяя их зрение, попросив написать для вас несколько слов или предложений. Неграмотные люди могут попытаться скрыть своё неумение читать. Отнеситесь к этому тактично и не забывайте, что грамотность и интеллект не одно и то же.

Языковой барьер. Если вы не можете общаться со своими больными из-за языкового барьера, сделайте всё возможное, чтобы найти переводчика. Идеальный переводчик это нейтральное объективное лицо, хорошо знающее оба языка. Когда пытаются помочь члены семьи или друзья, то велика вероятность искажения ими смысла, и, кроме того, это может нарушить конфиденциальность разговора. Многие переводчики стараются ускорить процесс перевода, значительно сокращая разговор. Объясните с самого начала, что вам необходимо, чтобы переводчик переводил всё дословно, не интерпретируя полученные сведения и не обобщая их. Формулируйте

вопросы ясно и кратко. Вы можете также помочь переводчику, пояснив цель каждого раздела истории болезни.

Неоценимую услугу могут оказать опросные листы на двух языках, особенно для описания органов и систем. Однако перед тем как воспользоваться ими, убедитесь, что больной умеет читать на своём языке и сможет воспользоваться опросным листом.

Трудности, связанные с нарушением слуха. Общение с людьми со значительно нарушенным слухом во многом напоминает трудности общения с больным, говорящим на другом языке. Большую помощь оказывают при этом письменные опросные листы. Хотя это и требует много времени, написание от руки вопросов и ответов может оказаться единственным выходом. Если больной владеет кинетической речью, постарайтесь найти переводчика, который владеет ею, говорит и слышит. Если у больного частично нарушен слух или он умеет читать по губам, повернитесь к нему лицом, позаботившись о хорошем освещении. Говорите медленно и негромко. Не понижайте голоса к концу предложения, не прикрывайте рот и используйте жесты для подкрепления своих слов. Если у больного есть «хорошее» ухо, то расположитесь таким образом, чтобы воспользоваться этим. Больные, имеющие слуховые аппараты, должны использовать их, и вам следует проверить их исправность. Больные, пользующиеся очками, также не должны снимать их; визуальное наблюдение за вами может помочь им лучше понять вас. Подкрепляйте устные инструкции письменными.

Слепые больные. При общении со слепыми будьте особенно внимательны, дайте знать о своём присутствии, объясните ему, кто вы и зачем здесь. Взяв больного за руку, вы дадите ему знать, где вы находитесь, и облегчите установление контакта между вами. Если комната незнакома больному, опишите её и сообщите, кто ещё в ней находится. Помните, что такие факторы, как ваша поза и жесты, на больного не воздействуют, поэтому реагируйте на его речь словами, но в то же время не повышайте голос без необходимости.

Больные со смертельным недугом. Общаясь с умирающим или смертельно больным человеком, большинство врачей испытывают трудности, связанные с чувством неловкости, страха, желанием избежать разговоров о смерти или даже самого больного. Вам придётся преодолеть эти чувства. Как и в любой клинической ситуации, желательно знать мысли и чувства самого больного. Kubler-Ross описал пять стадий реагирования больного на приближающуюся смерть: неприятие и изоляция; страх; обсуждение; депрессия; отчаяние и смирение. В каждой из этих стадий ваш подход в принципе остаётся неизменным. Будьте внимательны к чувствам больного и к его желанию поделиться с вами. Помогите ему поведать о своих тревогах ненаправляющим поведением. Воспользуйтесь такими вопросами: «Я бы хотел знать, есть ли у вас какие-либо вопросы относительно операции, ...вашей болезни, ...о том, как нужно будет вести себя дома?». Выясните это и дайте ответы на интересующие его вопросы. Избегайте необоснованных утешений. Если вы узнаете о переживаниях больного, проявите

отзывчивость. Если вы сможете ответить на его вопросы, если вы убедите его в своей готовности оставаться с ним на протяжении всей болезни, то вы добьётесь столь важного для больного внутреннего спокойствия.

Умиравший или смертельно больной человек редко проявляет желание говорить о своей болезни всё время. Дайте такому больному возможность говорить и слушайте его внимательно, однако если он предпочтет говорить о несерьёзных вещах, не считайте это своей неудачей. Улыбка, прикосновение, проявление интереса к членам семьи больного, обсуждение футбольного матча или безобидная шутка всё это позволяет понять и поддержать больного.

Беседа с членами семьи больного и его друзьями. Некоторые больные совершенно не в состоянии сообщить какую-либо информацию для истории болезни (например, о своём поведении во время судорожного припадка), другие могут представить лишь некоторые сведения. В таких случаях вам следует найти третье лицо, которое восполнило бы недостающие сведения. Порой, когда вы думаете, что располагаете исчерпывающей информацией о больном, другие источники могут предоставить вам неожиданные и важные данные. Например, супруг (супруга) может сообщить о напряжённой обстановке в семье, признаках депрессии или пристрастии к спиртным напиткам, которые сам больной отрицает. Если вы обнаруживаете такое расхождение, постарайтесь получить дополнительные сведения от других лиц.

Желая опросить третье лицо, неплохо получить на это согласие больного. Заверьте его, что вы сохраните в тайне то, что он вам уже сообщил, или попросите у него разрешение поделиться некоторыми сведениями. Информацию, полученную от других лиц, также сохраняйте в тайне.

В беседе с родственниками или друзьями больного придерживайтесь основных принципов опроса больного. Найдите уединённое место для разговора; не следует прислоняться к стене больничного коридора. Представьтесь им, расскажите о своих намерениях. Выясните, что их тревожит, как они чувствуют себя в сложившихся обстоятельствах. Слушая их рассказ о случившемся, постарайтесь разобраться в их взаимоотношениях с больным. Это поможет вам оценить достоверность информации и составить план лечения больного.

Иногда родственники или друзья настаивают на своём присутствии при опросе и даже при осмотре больного. Постарайтесь выяснить их мотивы, а также отношение к этому самого больного. Если он не в состоянии сообщить необходимые сведения о своей болезни, то помощь осведомлённого человека просто необходима. Если же больной в состоянии хоть как-то общаться, например мимикой или жестами, то очень важно дать ему такую возможность при соблюдении полной конфиденциальности. Лучше разделить опрос на две части: наедине с больным и с больным и вторым лицом.

Ответы на вопросы больного. Больные могут задавать вопросы, желая получить информацию о результатах обследования, однако чаще всего они

выражают ими свои чувства и тревоги. Постарайтесь понять чувства больных, чтобы правильно ответить на их вопросы. Особую осторожность необходимо проявлять, когда больные ищут совета по личным вопросам. Например, следует ли уйти с напряжённой работы, переехать в другой город или прибегнуть к аборту? Перед тем как ответить, выясните, какие подходы к решению своих проблем они видят, каковы доводы «за и против» этого решения. Возможность поговорить об этом с вами обычно намного важнее, чем любой ваш ответ.

И, наконец, когда больные хотят получить информацию о своём диагнозе, прогрессировании болезни или плане лечения, ответьте им по возможности, но так, чтобы ваши ответы не противоречили сведениям, полученным из других источников. Когда вы не уверены в ответе, постарайтесь проконсультироваться с коллегами либо предложите больному обратиться к другому врачу, который осведомлён лучше. Однако не прибегайте к такому способу только для того, чтобы избежать трудностей

ОСОБЕННОСТИ ЗАПОЛНЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА И КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ В ПЕДИАТРИИ

Помимо очевидных различий между историями болезни взрослого человека и ребёнка, существуют также особенности, касающиеся анамнеза и состояния больного на момент осмотра, характерные для детей разного возраста и подростков, обусловленные биологическим возрастом и степенью развития. История болезни ребёнка оформляется по той же схеме, что и история болезни взрослого человека, с некоторыми дополнениями, указанными ниже.

Анкетные данные. Необходимо указать дату и место рождения; уменьшительное имя, особенно для детей в возрасте от 2 до 10 лет; имена и фамилии родителей, род их занятий и где их можно найти в рабочее время.

Основные жалобы. Уточните, беспокоят ли симптомы самого больного или его родителей. Иногда своё беспокойство по поводу ребёнка может выразить третье лицо, например учитель.

История настоящего заболевания. Укажите, как члены семьи реагируют на симптомы болезни у ребёнка, что они думают об этом, и было ли у больного какое-либо улучшение.

Анамнез жизни

Сведения о перинатальном периоде. Эта информация особенно важна в течение первых двух лет жизни при наличии у ребёнка неврологических расстройств и отклонений в развитии. Если при опросе родителей выясняется наличие каких-либо отклонений в течении беременности, родов или послеродового периода, то следует затребовать медицинские документы, в которых отражена эта информация.

Пренатальный период. Выясните состояние здоровья матери до и во время беременности, включая данные о нарушениях питания и другой патологии беременности; количество и длительность применения

лекарственных препаратов и других вредных веществ, включая употребление алкоголя и курение. Укажите увеличение массы тела, наличие маточного кровотечения, продолжительность беременности, отношение к ней, к детям вообще и к этому ребёнку в частности.

Роды. Выясните, как протекали роды, были ли трудности и какие, применялось ли обезболивание, какие были осложнения, какие по счёту роды (если семья многодетная), какова была масса тела ребёнка при рождении.

Неонатальный период. Важно выяснить, как ребёнок начал дышать, были ли попытки реанимации. Какова была оценка по шкале Апгар в баллах. Какие были трудности с кормлением, отмечались ли дыхательный дистресс-синдром, цианоз, желтуха, анемия, судороги, врождённые аномалии, инфекции? Укажите состояние здоровья матери после родов, содержался ли ребёнок отдельно от матери и если да, то по какой причине; как отнеслась мать к новорождённому, характер привязанности. Были ли нарушения дефекации, мочеиспускания, как ребёнок спал?

Кормление. Особенно важно получить сведения о кормлении в течение первых двух лет жизни (имело ли место недоедание или переедание).

Грудной возраст. Грудное вскармливание: частота и длительность кормлений, использование докорма и прикорма, возникавшие трудности, сроки отнятия от груди. Искусственное питание: тип, концентрация, количество; частота кормлений, имевшиеся трудности (срыгивание, колики, понос). Добавки витаминов и препаратов железа: вид, количество, частота и длительность приёма. Твёрдая пища: вид, количество, отношение к ней ребёнка, сроки перевода ребёнка на общий стол, самостоятельное питание, отношение родителей и ребёнка к процессу кормления.

Детство. Привычки, связанные с питанием: предпочтение или неприятие той или иной пищи, характер и количество съедаемой пищи, отношение родителей к питанию вообще и к питанию этого ребёнка в частности, к недоеданию или перееданию и другим трудностям, связанным с питанием. При нарушениях питания для его более точной оценки можно уточнить меню за 1-2 нед.

Сведения о росте и развитии ребёнка особенно важны, когда речь идет о нарушениях физического развития и поведения, отставании в психомоторном и умственном развитии.

Физическое развитие. Укажите массу тела и рост при рождении и в возрасте 1 года, 2, 5 и 3 лет; уменьшение или увеличение массы тела; сроки прорезывания и выпадения молочных зубов.

Основные вехи в развитии. Выясните, в каком возрасте ребёнок начал поднимать и удерживать голову в положении лёжа на животе, поворачиваться на живот и на спину, садиться при поддержке и без неё, стоять на ногах, ходить при поддержке и самостоятельно, говорить первые слова, сочетания слов, предложения, завязывать шнурки, самостоятельно одеваться.

Социальное развитие. Необходимо обратить внимание на следующие факторы:

Сон: характер и длительность сна в дневное и ночное время, режим сна, вид кровати и её расположение, сонливость, страхи, ночные кошмары.

Гигиенические навыки: методика приучения к опрятности, наличие энуреза или энкопреза и отношение к этому родителей; при госпитализации ребёнка важно знать, какими выражениями пользуются в семье для обозначения мочеиспускания и дефекации. **Речь:** невозможность начать говорить, заикание, детский лепет, шепелявость, словарный запас.

Привычки: укачивание, тики, сосание пальца, покусывание ногтей, извращённый аппетит, ритуальное поведение.

Дисциплина: оценка родителями характера ребёнка, его дисциплинированность, методы воспитания дисциплинированности и их эффективность; негативизм, вспышки гнева, уход в себя, агрессивное поведение.

Обучение: присмотр за ребёнком, детский сад (возраст поступления и адаптация), удовлетворённость родителей и ребёнка, успехи и трудности в учёбе.

Половое развитие: отношение к представителям противоположного пола, интерес к половым отношениям, половым различиям, беременности, ответы родителей на вопросы ребёнка, воспитательные беседы об онанизме, менструациях, ночных поллюциях, появлении вторичных половых признаков, половом влечении, СПИДе и других болезнях, передающихся половым путём.

Личность ребёнка: степень независимости, отношения с родителями, братьями, сестрами и сверстниками, поведение в группе, индивидуальная активность, близкие друзья (реальные или воображаемые), качества и способности, представление о самом себе.

Детские болезни. Помимо перенесённых специфических заболеваний, необходимо указать, имелись ли в последнее время контакты с инфекционными больными.

Несчастные случаи и травмы, операции, госпитализации. Выясните отношение ребёнка и родителей к этим событиям. Ребёнка в доступной ему форме следует спросить о правилах безопасности и профилактике повреждений.

Состояние больного на момент осмотра

Аллергия. Особое внимание следует уделить проявлениям аллергии, часто встречающимся у детей: экземе, крапивнице, хроническому аллергическому риниту, бронхиальной астме, непереносимости некоторых пищевых продуктов и повышенной чувствительности к укусам насекомых.

Иммунизация. Укажите конкретную дату проведения каждой вакцинации. Родители должны вести дневник, в котором следует отмечать имевшиеся реакции на ту или иную вакцинацию.

Специальные исследования. Необходимо отметить дату проведения каждого исследования и его результаты. К специальным исследованиям относятся измерение артериального давления, проверка зрения и слуха, туберкулиновая проба, анализ мочи, определение гематокрита, тесты на

фенилкетонурию, галактоземию и другие генетически обусловленные болезни обмена веществ; для некоторых групп повышенного риска исследование крови на наличие серповидных клеток, содержание свинца, холестерина, альфа¹-антитрипсина, а при наличии соответствующих показаний и другие исследования.

Семейный анамнез. Укажите образование, характер работы, эмоциональный статус и семейную атмосферу родителей или опекунов, социально-экономические показатели семьи, включая доходы, жилищные условия, соседей; график работы родителей; сплочённость семьи; поддержку со стороны родственников, друзей, соседей; этническую и культурную среду, в которой живёт семья; родительские ожидания, отношение к больному ребёнку его братьев и сестёр (все или часть этих сведений могут быть указаны в разделе «Семейный анамнез», если имеют отношение к нему, или в разделе «Психосоциальный анамнез»). Следует выяснить, не состоят ли родители в кровном родстве.

Теперь, когда вам ясно, какие сведения предстоит собрать, вам следует на время отвлечься от жёсткой схемы опроса, чтобы это не помешало вашему общению с больным. По крайней мере, начиная опрос, а иногда и в его процессе вам следует в первую очередь руководствоваться тем, что говорит и делает больной.

Беседа с родителями. Для выяснения анамнеза детей до 5 лет вы получаете все или почти все сведения от третьего лица от одного из родителей или опекуна. Педиатры обычно опрашивают как родителей, так и ребёнка. Это даёт возможность наблюдать за родителями и ребёнком. При этом вы можете понять их взаимоотношения, а также отношения между родителями, отвлечь ребёнка, помочь ему преодолеть страх и спокойно перейти от опроса к осмотру.

Однако опрос родителей в присутствии ребёнка имеет и свои недостатки. Анамнез может оказаться неполным и менее точным, чем если бы вы опрашивали только родителей. Если разговор на деликатные темы из-за присутствия ребёнка в полной мере невозможен, то вам потребуется опросить родителей позже (часто в конце посещения, когда ребёнок выйдет из комнаты), чтобы получить недостающие сведения или что-либо уточнить.

Методика беседы с родителями во многом похожа на то, как ведётся опрос взрослых больных, однако имеются и некоторые особенности. Когда родители описывают имеющиеся у ребёнка симптомы, они делают это необъективно, внося свои предположения, чувства, оценки. Например, родители могут считать, что хронический кашель у ребёнка является следствием частых простуд, а не проявлением бронхиальной астмы; они могут переживать из-за плохой успеваемости ребёнка в школе, видя причину не в том, что он не способен учиться, а в том, что учитель его слишком загружает. Или, считая своего ребёнка исключительным, они могут снисходительно относиться к его социально неадекватному поведению. Родителям кажется, что они всё делают правильно. Когда вы расспрашиваете мать о здоровье ребёнка, вы в некотором смысле даёте ей оценку как матери,

поэтому оценивать её ответы следует в этом контексте. Стараясь справиться с проблемами своего ребёнка, родители нуждаются в помощи врача, который поддержал бы их, а не упрёкнул. Комментарии вроде

«Почему вы не привели его раньше?» или «Вам не надо было этого делать!» не способствуют взаимопониманию между врачом и родителями заболевшего ребёнка.

Спрашивая о ребёнке, желательно называть его по имени, а не употреблять слова «он», «она», «ребёнок». Если семейное положение матери сразу не удаётся выяснить, то, чтобы её не смутить, спрашивая об отце, лучше задать вопрос «Здоров ли отец Марии?», а не «Ваш муж здоров?». Обращайтесь к родителям как «господин Н.», «госпожа Н.», а не по имени или «мама» или «папа». По имени можно обращаться только с разрешения родителей, когда вы знакомы довольно долго. Вместе с тем будьте готовы и к возможному обращению родителей к вам по имени.

При опросе больных наводящие вопросы более эффективны, чем прямые. Однако когда ваш разговор касается психологических проблем, то уместны прямые откровенные вопросы, так как родители редко начинают говорить на подобные темы сами, даже если вы предоставляете им такую возможность, задавая наводящие вопросы.

Наконец, вам предстоит выяснить, связана ли основная жалоба с истинной причиной обращения. Жалоба эта может служить как бы «входным билетом» для лечения, позволяющим родителям прикрывать истинную причину своего обращения, которую они не считают «уважительной». Постарайтесь создать атмосферу, которая позволит родителям высказать вам свои тревоги и опасения. Для облегчения беседы можете задавать соответствующие ситуации вопросы: «Имеются ли у Джонни другие расстройства, о которых вы хотели бы сообщить мне? Какую помощь вы надеялись получить, когда сегодня шли сюда? Что бы вы хотели, чтобы я вам пояснил относительно Джонни? Может быть, вы хотите поговорить со мной и о других детях или о своём супруге?».

Беседа с ребёнком. Дети в возрасте 5 лет и старше при составлении истории болезни могут сделать существенные дополнения и более точно, чем родители, описать имеющиеся симптомы и своё отношение к ним. Иногда вы можете уточнить полученные вами сведения, опросив ребёнка без родителей. Обычно лучше всего начать опрос с обсуждения интересных, «нестрашных» вещей (например, как прошли занятия в школе, какая красивая футболка на нём надета). Желательно вести беседу неформально, ласково, проявляя интерес к ребёнку.

После этого простыми наводящими вопросами, заданными в непринуждённой форме, попытайтесь выяснить у ребёнка, что его беспокоит:

Твоя мама рассказала мне, что у тебя очень болит живот. Расскажи мне об этом сам, опиши эту боль.

Часто ли ты пропускаешь занятия в школе? Что может облегчить боль? Как по-твоему, что её вызывает?

Вопросы можно задавать и для выяснения субъективной оценки ребёнком имеющихся у него симптомов:

Покажи мне, где именно болит. Эта боль тупая или напоминает укол иглой? Боль находится в одном месте или она перемещается? От болей у тебя появляется рвота?

Беседа с подростками. Взрослые, беседуя с подростками, часто испытывают трудности и разочарование, потому что ответы подростков по форме часто «невзрослые» и могут казаться пренебрежительными и немногословными. Однако это не всегда так. Подростки, как и большинство людей, настроены дружелюбно ко всем, кто проявляет искренний интерес к ним не как к «случаю», а как к человеку. И если вы хотите, чтобы беседа оказалась эффективной, этот интерес следует проявить с самого начала. Подростки склонны к откровенности, когда опрос касается их самих, а не их проблем. Поэтому лучше всего начать опрос подростка неформальной непринуждённой беседой о его друзьях, школе, увлечениях, семье.

Подростки обращаются к врачу по своей инициативе или по настоянию или совету родителей. Они могут прийти самостоятельно или с кем-либо из родителей. В последнем случае родителям и подростку следует объяснить, что при оказании медицинской помощи подросткам требуется определённая конфиденциальность. Побеседуйте с подростком наедине, после того как вы опросили родителей. Конфиденциальность основана не на «хранении секретов», а на взаимном уважении. Если возникает необходимость ради самого подростка или ещё кого-нибудь поделиться конфиденциальной информацией, то подросток должен знать об этом.

Некоторые приёмы, способствующие налаживанию разговора со взрослым больным, неприемлемы при общении с подростком. Так, при опросе подростков с ещё не сформировавшейся мыслительной сферой следует избегать рефлексии, так как она требует определённых навыков мышления, которыми они ещё не владеют. К молчанию как приёму, побуждающему больного говорить, прибегать не стоит, так как у подростков ещё нет достаточной уверенности в себе, чтобы реагировать на такую форму поощрения. Конфронтация (противопоставление) может вызвать у подростка беспокойство и нежелание говорить; так же обстоит дело и с вопросами, касающимися чувств подростка, которому разговор на эту тему со взрослыми даётся с большим трудом.

Эти предостережения не должны удерживать вас от разговора с подростком. В большинстве случаев, создав дружескую и неформальную атмосферу, удаётся расположить к себе подростка и вызвать его на разговор. Вы добьётесь больших успехов, если будете держаться естественно и сообразно своему возрасту.

