

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять для студентів**

Вибіркова дисципліна: «ОСНОВИ СПІЛКУВАННЯ З ДИТИНОЮ»

**Тема заняття: ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ МЕДИЧНОГО
ПРАЦІВНИКА З ДИТИНОЮ У ВІЦІ 3-6 РОКІВ**

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Кафедра педіатрії № 2

Затверджено на засіданні кафедри від «___»____2024, протокол №__

Завідувач кафедри,

член-кореспондент НАМН України,

професор

Волосовець О.П.

Розглянуто та затверджено:

ЦМК з педіатричних дисциплін від «___»____2024, протокол №__

Голова ЦМК, професор

Починок Т.В.

Конкретні цілі:

Навчити студентів реалізовувати комунікативні наміри в ситуаціях, пов'язаних з основними пунктами збору сімейного анамнезу (розпитування батьків); розвивати вміння збору анамнезу життя дитини дошкільного віку (3-6 років); практикувати комунікативні навички спілкування педіатра з дитиною (батьками дитини), в якій є скарги на захворювання однієї із систем організму.

Результати навчання

Знати особливості спілкування медичного працівника з дитиною віком 3-6 років.

Оволодіння комунікативною компетентністю передбачає засвоєння таких складових елементів, як ініціація спілкування, збір інформації, роз'яснення та планування діагностичних і лікувальних процедур, завершення розмови, встановлення довірчих стосунків, структурування комунікації, застосування різних комунікативних методик з метою забезпечення терапевтичного впливу на пацієнта

На практичній частині студенти відпрацьовують навички представлення та презентації себе як професіонала-медика, техніки вербального та невербального спілкування, методи подолання психологічних бар'єрів у спілкуванні.

Інтегральні компетентності: здатність застосовувати принципи ефективної комунікації медичного працівника з дитиною віком 3-6 років

Загальні компетентності:

З метою здійснення ефективної комунікації з батьками і близькими родичами хворої дитини, фахівцям варто знати декілька правил комунікації, бути готовим до діалогу, А САМЕ: 1. Внутрішня готовність до спілкування (розуміння цілей і завдань діалогу). 2. Доброзичливість.

3. Професіоналізм. Ясне розуміння посадових обов'язків (цілей, завдань, сутності роботи). 4. Знання поточної ситуації (Як щодо дитини, так і всієї сім'ї в цілому). 5. Готовність відповісти на запитання батьків. 6. Відкритість. Одна з ключових сторін у взаємодії як з дитиною, так і з його батьками, братами/сестрами, бабусями/дідусями. У разі нещирості фахівця сім'я отримує від нього подвійне послання, що може спровокувати підвищену тривогу або помилкові очікування. 7. Довіра до особистості співрозмовника, поважне ставлення до його думки і вчинків. 8. Увага до питань, прохань і побажань.

Практичні навички:

На практичній частині студенти вчаться проводити розпитування дітей віком 3-6 років та використовувати для цього специфічні техніки, необхідні для налагодження контакту, – гри, сторітеллінгу, залучення «уявних друзів» тощо.

В ході заняття навчити студента комплаєнсу з пацієнтом та його рідними.

Методи навчання:

При проведенні практичних занять використовуються такі методи навчання: діагностування (бесіда, спостереження, тестування, творчі та самостійні роботи); інформування (демонстрація, консультування, розповідь, групове навчання, підсумковий тестовий модульний контроль); самостійна робота (дослідження наукових та інформаційних джерел); практична робота (виконання тренувальних вправ та завдань); операційний метод (ділові ігри, самокритика, розв'язання комунікативних ситуацій). Рекомендується в навчальному процесі широко використовувати сучасні інтерактивні технології: при відвідуванні студентами пацієнта, детально розглядаючи клінічну ситуацію дитини, її анамнез, застосовувати "кейс метод", що

передбачає одночасну спільну роботу студентів, поділених на підгрупи, обговорення проблеми в загальному колі; дискусійні методи (студенти між собою, студенти з викладачем). У випадку відсутності пацієнта з патологією за темою заняття слід використовувати метод “рольової гри”, коли студенти можуть застосовувати свої знання як для вирішення клінічної задачі в якості “лікаря”, так і створити свою клінічну ситуацію, перебуваючи у ролі “пацієнта”. Розігрування ролей створює сприятливий для навчання клімат, оскільки вся група бере активну участь в інсценуванні реальних ситуацій, імітує взаємини між лікарем і пацієнтом, а також між лікарями різних спеціальностей, дотримання принципів деонтології, лікарської етики, вміння ведення дискусії, критичної самооцінки.

Методи контролю:

- тестовий контроль початкового рівня знань
- усне індивідуальне опитування
- Оцінювання самостійної роботи студентів
- контроль виконання практичних завдань (спілкування)
- заключний контроль рівня знань (тести, ситуаційні завдання)

Форми оцінювання поточної навчальної діяльності мають бути стандартизованими і включати контроль теоретичної та практичної підготовки.

Базовий рівень підготовки:

Вивчення дисципліни не потребує базової спеціальної підготовки. Шкільні знання з предметів анатомія, біологія, основи безпеки життєдіяльності

Практичні завдання:

1. Побудова довірливих відносин при комунікації медичного працівника з дитиною віком 3-6 років
2. Сюжетно-рольові ігри при комунікації медичного працівника з дитиною віком 3-6 років
3. Визначення проблеми дитини при зверненні за медичною допомогою
4. Невербальні сигнали при спілкуванні з дитиною віком 3-6 років та її батьками (законними представниками)
5. Розбір ситуаційних завдань при комунікації медичного працівника з дитиною віком 3-6 років

Зміст теми та матеріали для користування на практичному занятті

У сучасних умовах висококваліфікований фахівець, який конкурентоспроможний на ринку праці, повинен досконало володіти комунікативними навичками. Здатність до ефективної комунікації є набутою, тому її треба розвивати та тренувати.

Для дітей віку 3-6 років характерні такі психологічні особливості: імпульсивність, вразливість, схильність до наслідування, домінування гравельної діяльності, нетривала (до 10-15 хв.) концентрація уваги, проблеми з дозвільною поведінкою.

Загалом для дошкільників характерно:

- відсутність усвідомлення хвороби в цілому (це пояснюється як обмеженістю знань дитини про хвороби, так і тим, що знання про хвороби не означають для неї усвідомлення реальної тяжкості захворювання.);
- невміння формулювати скарги (часто батьки розповідають про навмисну симуляцію дитиною хвороби задля отриманні певних вигод, однак в таких ситуаціях краще проявити більшу пильність аби не

допустити ускладнень хвороби, вислухати усі скарги дитини, а не проігнорувати їх);

- сильні емоційні реакції на окремі симптоми хвороби (як правило, це страх, який часто зумовлений реакціями батьків на хворобу дитини);
- сприймання лікувальних і діагностичних процедур як дуже страшних;
- регрес на попередні етапи психічного розвитку (відкат, повернення з уже досягнутої точки психічного розвитку на одну із попередніх);
- почуття страху, туги, самотності у стінах лікувального закладу, далеко від батьків (переживання дитини багато в чому більш залежать від емоційного стану батьків і осіб, які за нею доглядають, ніж навіть від її власного фізичного стану).

Стратегія спілкування медичного працівника: дошкільники потребують «материнського» підходу: їх потрібно постійно підтримувати та підбадьорювати, переконувати в реальних і уявних побоюваннях, вселяти впевненість у позитивних результатах лікування. Бажана організація негучних ігор, читання, проведення процедур із умовляннями. Улюблені тварини, іграшки, книжки, мультфільми дозволяють відволікти дитину від неприємних відчуттів і важких переживань і тому теж позитивно впливають на її самопочуття, настрій і перебіг захворювання.

Одним із головних завдань є зниження страху у дитини і його рідних щодо медичних заходів. Вирішенню даного завдання сприяють особисті якості лікаря і медичного персоналу (доброзичливість, гумор, спокій і т.п.), створення довірчих відносин з маленьким пацієнтом і його батьками, доступне інформування про діагноз, прогноз розвитку захворювання, присутність батька і його впевненість, спокій, попереднє пояснення суті майбутніх медичних процедур, доступне розумінню дитини. Страх є природною реакцією в ситуації несподіванки, може бути пов'язаний з негативним досвідом в минулому, невизначеністю, надлишком лякаючої інформації і т.п. Іноді батьки в виховних цілях

(наприклад, бажаючи заспокоїти бешкетника) загрожують уколами, лікарями і т.п., створюючи таким чином основу формування страху. Або, навпаки: говорять, що «боляче не буде», «нічого страшного» і т.п., намагаючись знизити страх, але насправді створюють ще більше коло проблем: недовіра до дорослих - «вони обманюють», страх не зникає.

У маленьких хворих підготовка до процедури парентерального введення ліків та її проведення спричиняють поведінкові, психічні, емоційні та вегетативні реакції. Почуття тривоги і страху виникають у хворих дітей перед невідомими процедурами (ендоскопія, дуоденальне зондування, промивання шлунка, рентгенообстеження та ін.). Перед проведенням ін'єкції чи іншої процедури необхідно переконати хворого у її необхідності. Під час проведення маніпуляцій варто відволікати увагу хворого розмовами на сторонні теми. Неприпустимо в присутності хворого готувати інструменти для ін'єкцій чи інших больових впливів. Тривалі лікувальні процедури слід проводити в умовах відносного комфорту: треба потурбуватися, щоб пацієнт не охолоджувався під час обстеження, лежав у зручній позі тощо.

Призначені на певний день і час процедури не можна переносити без серйозних обґрунтувань, оскільки пацієнт певним чином до них готується (не снідає, йому роблять клізми, промивають шлунок тощо).

Присутність близького дорослого під час процедури, при госпіталізації допомагає вирішити питання адаптації дитини до нових умов. Важливе професійне спілкування із родичами хворої дитини. З одного боку, батьки намагаються допомогти лікарю, розповідаючи про стан дитини, виникнення окремих проявів хвороби та їх перебіг; а з іншого боку – присутні панічні стани, нагнітання тривоги, метушня та, доволі часто, неповна довіра лікарю, особливо якщо він молодий. Якщо ж довіру завойовано, то батьки дитини зазвичай погоджуються на проведення діагностичних заходів та згодні придбати різноманітні ліки, не дуже зважаючи на їх вартість. Тобто комунікативний аспект роботи сімейного

лікаря з дітьми віку 3-6 років полягає, перш за все, у спілкуванні з батьками. І в такому разі вміння медичного працівника «розрядити обстановку», зробити бесіду з членами родини змістовною та спрямувати її в потрібне русло є запорукою виконання настанов лікаря та позитивного ефекту терапії.

Медичний працівник повинен вміти компенсувати дітям відсутність батьків і близьких. Особливо погано переносять розлуку з батьками діти до 5 років. Проте навіть хворобливо переживаючи тимчасовий відрив від батьків діти досить швидко звикають до нової обстановки, заспокоюються. У зв'язку з цим часті відвідини батьків в перші дні госпіталізації можуть травмувати психіку дитини. Доцільно в період адаптації (3—5 днів) не допускати частих візитів батьків. Після закінчення цього періоду, якщо батьки або близькі родичі не можуть регулярно відвідувати хворої дитини, медична сестра повинна порекомендувати їм частіше присилати листи, носити передачі, щоб дитина відчувала турботу і увагу.

Медичному працівнику належить ведуча роль в створенні сприятливої психологічної обстановки в лікувальній установі, що нагадує дитині домашню обстановку (організація ігор, перегляд телепередач і т.і.).

Ситуаційні завдання для самостійної роботи

Завдання 1

Дитина 5 років знаходиться у дитячому стаціонарі з приводу гострої пневмонії. Лікар призначив внутрішньом'язові ін'єкції антибіотика. Дитина відмовляється від проведення ін'єкцій. Яка повинна бути тактика медичної сестри в даній ситуації?

Відповідь. Медична сестра повинна спробувати спокійно переконати дитину, пояснити дитині, що проведення ін'єкції є необхідним заходом на шляху до її видужання.

Завдання 2

Дитина 5 років знаходиться у стаціонарі з приводу гострої пневмонії. Дитина відмовляється їсти у їдальні відділення. Яка повинна бути тактика медичної сестри в даній ситуації?

Відповідь. Медична сестра повинна спробувати спокійно переконати дитину. При відсутності згоди їсти у їдальні годувати дитину у палаті.

Завдання 3

Лікар прийшов на виклик до хворої дитини 3 років. При спробі аускультатії за допомогою фонендоскопа дитина злякалася, стала неспокійною. Тактика лікаря?

Відповідь. Лікар повинен припинити аускультатію та продемонструвати на комусь із батьків абсолютну безпеку фонендоскопу.

Завдання 4

Дитина 5 років, хвора на скарлатину, поскаржилася мамі, що її ображають діти в боксі. Мама під загрозою написання скарги вимагала негайного переведення дитини в інший бокс, де б її не ображали. Як уникнути конфлікту у цій ситуації?

Відповідь. Лікар повинен пояснити мамі, що дитина, яка хвора на скарлатину, може перебувати лише в боксі з аналогічними хворими і, якщо іншого (скарлатинного) боксу немає, то необхідно госпіталізувати маму з видачею листа непрацездатності.

Завдання 5

У дитини, яка перебуває на лікуванні у клініці щодо інфекційного захворювання, день народження. Мама наполягає на його святкуванні у боксі, за участю інших дітей, які перебувають там.

Як повинен діяти лікар у цій ситуації?

Відповідь.

Слова “ні” у цій ситуації не може бути. Проте лікар має дуже тактовно пояснити мамі необхідність дотримання епідеміологічного режиму, лікувальних призначень та дієти. Ця подія не повинна бути стресом для дітей, які перебувають у цьому боксі.

Тести

1. При спілкуванні та обстеженні в стаціонарі дитини до досягнення віку 14 років поінформовану згоду надають:

- a) лише дитина
- b) лише батьки або їх законні представники
- c) дитина та її батьки або їх законні представники
- d) ніхто

Правильна відповідь: b)

2. До невербальних сигналів з боку дитини та її батьків (законних представників) при спілкуванні з ними відноситься:

- a) мова тіла
- b) вираз обличчя
- c) хвилювання
- d) усе вище перераховане

Правильна відповідь: d)

3. Мама 7-річної дитини з гермафродитизмом просить лікаря, щоб у медичній довідці для оформлення до школи цей діагноз не фігурував.

Дії лікаря:

- A. Переконати матір, що діагноз не конфіденційний.
- B. Виконати прохання матері.
- C. Обов'язково записати діагноз у довідку.
- D. Зашифрувати діагноз у довідці.
- E. Повідомити діагноз шкільному лікарю за телефоном.

Правильна відповідь: b)

4. Під час обходу завідувачем відділення, мама хворої дитини висловила незадоволення діями лікаря та попросила замінити його.

Тактика завідувача:

- A. Пообіцяти мамі виконати її прохання.
- B. Відмовити, пославшись на те, що лікар – професіонал у цій патології.
- C. Пообіцяти розібратися у конфлікті та за відсутності порушень у діях лікаря, переконати матір, що цей лікар може залишатися лікарем цієї дитини.
- D. Не звертати уваги на скарги матері.
- E. Негайно у присутності інших пацієнтів та колег зробити зауваження зазначеному лікарю.

Правильна відповідь: c)

Література

Основна:

1. Алгоритм спілкування студентів (лікарів) з пацієнтами: методичні рекомендації / [укл.: Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула, Н. Є. Лісничук та ін.]. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2009. – 40 с

2. Галіяш Н. Комунікативні навички в медицині : посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2019. 132 с
3. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спес Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.; К., 2017. 208 с.
4. Маркденте К.Дж. Основи педіатрії за Нельсоном: переклад 8-го англ.вид.: у 2т. Т.1/К.Дж. Маркденте, Р.М.Клігман; наук.ред.перекладу В.С.Березенко, Т.В.Починок. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – XIV, 378с. – розділ 1 , гл.2-3.
5. Ріга О. О., Пеньков А. Ю. Навички комунікацій в педіатричній паліативній допомозі. Посібник для фахівців, які працюють з дітьми з невиліковними захворюваннями / О. О. Ріга, А. Ю. Пеньков. — Х. : Водний спектр Джі-Ем-Пі, 2017. — 44 с.

Допоміжна:

1. Гребеник Ю. С. Формування комунікативної культури студентів медичних коледжів у Великій Британії та США: організаційно-педагогічні основи : монографія / Ю. С. Гребеник. – Суми : Сумський державний університет, 2015. – 200 с.

Укладач: асистент Купкіна А.В.