Универзитет Св.Кирил и Методиј

Медицински факултет - Скопје

Центар за семејна медицина, Катедра за семејна медицина

Семејна медицина

(скипта за студенти по медицина)

Автори:

Д-р сци Катарина Ставрић

Доц. д-р сци Горан Петровски

Доц. д-р сци Сузана Николовска

Доц. д-р сци Гордана Китева Тренчевска

Доц. д-р сци Билјана Герасимовска Китановска

Прим.д-р Зоран Стојановски

Прво издание

Скопје, 2013

содржина

1. Вовед во семејната медицина 6

Вовед 6

1.1.1 епидемиологија на општа амбуланта 7

1.1.2 разлика помешу специјалист по семејна медицина и други специјалности 7

1.1.3 контекс и содржина на општата амбуланта 9

Дефиниции 10

Својства и функции на семејниот лекар 10

Случај 11

1.1.4 индивидуална грижа 11

1.1.5 континуирана одговорност 12

1.1.6 хронична болест 13

1.1.7 грижа за квалитетот на здравствена заштита 13

1.1.8 трошковно ефикасна нега 14

1.1.9 сеопфатна комплетна грижа 14

1.1.10 интерперсонални вештини 15

1.1.11 пристапност 15

1.1.12 дијагностички вештини: недиференцирани проблеми 15

1.1.13 семеен доктор како координатор 17

Заклучок 18

2 поставување дијагноза во амбуланта на семеен доктор 19

Случај 19

Вовед 19

Видови на донесување одлуки 20

Процес на донесување на одлуки 20

Дијагностички процес 22

2.1.1 процес на поставување на дијагноза 22

2.1.2 чекор еден - слушање и поставување на хипотези 22

2.1.3 чекор два - активно барање за дополнителни податоци 23

2.1.4 чекор три - тестирање на хипотези 24

2.1.5 чекор четири – дали некоја од хипотезите е валидна? 24

2.1.6 грешки во дијагностички донесување на одлуки 25

2.1.7 одложено формирање на хипотези 25

2.1.8 симултано разгледување на преголем број на хипотези 25

2.1.9 погрешна употреба на стекнатите податоци 25

2.1.10 погрешно разгледување на претходно искуство 25

Заклучоци 26
3 комуникација во семејната медицина 27
Улога на докторот 28
Важност на комуникациските вештини 28
Проблеми во комуникацијата 29
Потреби на пациентот 30
Комуникација и исход за пациенот 31
3.1.1 задоволство на пациентот 31
3.1.2 поддршка и следење 31
3.1.3 психолошки аспект и олеснување на болката 31
Комуникација и исходзадокторот 32
Принцип на централно поставен пациент 32
Комуникациски вештини 32
3.1.4 1.вештина – слушање 33
3.1.5 2.вештина – следење 33
3.1.6 3.вештина – прашување 34
3.1.7 4.вештина – одразување-размислување 35
3.1.8 5.вештина – нашредни техники за одговарање 35
Објаснување и планирање 36
3.1.9 споделување на размислувањата на докторот 36
3.1.10 користење на принцип 36
3.1.11 користење на патокази 36
4 консултација во семејната медицина 38
Цели на консултацијата 39
Анализа на консултацијата 40
Вештини во консултацијата 41
Модели на консултацијата 41
Карактеристики на консултацијата 42
4.1.1 1.започнување на консултација 43
4.1.2 2. Собирање на информации 44
4.1.3 4. Објаснување и планирање 48
4.1.4 5. Затворање на консултацијата 49
Како заклучок 50
5 холистички пристап 51
Дефиниција 51
Историјат 53

Холистички пристап во клиничка пракса 54
Позитивна моќ на лекарите 55
Дијалог лекар- пациент 56
Афтомонија на пациент- импликации 56
Социјална средина 57
Биопсихосоцијален модел- клиничка апликација 57
Натамошен развој на биопсихосоцијалниот модел на клиничка пракса 58
Моделот на стрес и справување 59
Лична контрола 59
Поглед на свет 59
Личност и социјална подршка 59
Психосоцијални проблеми во клиничката пракса 60
Важни времиња за психосоцијална интервенција 60
Заклучок 60
6 холистички пристап: водење на хроничните болести и мултиморбидитети 62
Случај 62
Вовед 62
Важност на мултиморбидитетот и хроничните болести и улогата на семејниот лекар 63
Петте домени на примарната заштита кај хроничните болести 63
6.1.1 1.комуникациски вештини 63
6.1.2 2.примена на професионално знаење и вештини 65
6.1.3 3. Здравјето на општото население 65
6.1.4 4.. Професионална и етичка улога 65
6.1.5 5.организација на водење на хроничната болест 65
Програми за превенција и водење на хроничните болести 66
Модели на водење на хроничните болести 66
7 медицина заснована на докази 68
Вовед 68
Постапка при носење одлуки според приниципите на медицината базирана на докази 69
Чекор 1 - клинички проблем/прашање 69
Чекор 2 - систематично пребараување на постоечките докази во литературата 72
Чекор 3 - проценка на информациите и критичка евалуација на научните трудови 74
Чекор 4 - примена на резултатите во секојдневна пракса 77
Упатства 78
Литература 80
8 рационална употреба на лекови 81

Вовед 81
Критериуми за рационална употреба на лекови 81
Ирационална употреба на лекови 82
4. Што може да се стори за да се подобри рационалната употреба на лекови? 86
Последици од ирационалната употреба на лекови 86
Литература 87
9 превенција и промоција во амбуланта на семеен лекар 88
Вовед 88
Дефиниции 90
Видови на превенција 91
9.1.1 примарна превенција 91
9.1.2 секундарна превенција 92
9.1.3 терциерна превенција 92
Превенција 92
9.1.4 ризик идентификација 92
9.1.5 имунизација и хемопрофилакса 93
9.1.6 скрининг 93
9.1.7 едукација 94
Здравствено однесување посебни препораки 95
Техники за советување 97
9.1.8 попознат е таканаречен “5 а модел”, ... 97
9.1.9 техника на кратка интервенција: (ова трае 5-10 минути) 98
9.1.10 модел за промена на однесувањето. 98
Можности за превенција во амбуланта 102
9.1.11 можности за превенција во општа пракса 102
9.1.12 бариери од страна на пациентот 103
9.1.13 бариери меѓу професионалците 103
10 клинички вештини 105
Одредување на индекс на телесна маса 105
Мерење на крвен притисок 106
Мерење на врвен експираторен проток 107
Дигитален преглед на простата 109
Преглед на дојка 111
Одредување гликемија 112

1. ВОВЕД ВО СЕМЕЈНАТА МЕДИЦИНА

Д-р сци Катарина Ставриќ

Основни компетенции на специјалист по семејна медицина:

1. **Обезбедување примарна здравствена заштита**
2. **Ориентирана кон пациентот**
3. **Решавање на специфични проблеми**
4. **Сеопфатен приод**
5. **Ориентираност кон заедницата**
6. **Холистички приод**

ВОВЕД

Специјалисти по семејна медицина обезбедуваат сеопфатна континуирана заштита на секоја индивидуа која бара медицинска помош независно од возраст, пол и болест. Тие се грижат за пациентот како дел од семејството, заедницата, секогаш почитувајќи ја неговата автономијата. Во водењето на пациентот докторот преговара со пациентот и при тоа ги зема во обзир физичките, физиолошите, социјалните, културолошките и егзистенционалните фактори, користејќи го знаењето и довербата која ја стекнал со повторувачките средби со пациентот.

Семејниот доктор гради доверлив однос со пациентот и ја прифаќа одговорноста за решавање и водење на сите негови здравствени потреби, од првиот контакт и првичната проценка, па се до грижата за хроничните проблеми со текот на годините.

Континурианата грижа со време доведува до градење на посебен однос доктор пациент која прераснува во пријателство. Оваа врска се зајакнува со секоја физичка или емотивна криза во животот на пациентот, за која тој се јавува кај семејниот доктор. Тоа е особено благодарно кога семејниот доктор се грижи за новата брачна двојка, ја следи бременоста, ги гледа нив често, го следи развојот на детето и обезбедува постојана грижа, како за родителите, така и за детето. Ниту една друга медицинска специјалност не е толку привилегирана да учествува во семејниот живот на така близок и интимен начин. Семејните лекари се најзадоволни со својата работа кога тие можат да имаат постојана врска со своите пациенти, слобода да донесуваат клинички одлуки без финансиски конфликт на интереси, доволно време да поминуваат со пациентите и да можат да комуницираат со специјалисти (DeVoe et al., 2002). DeVoe et al. покажа дека специјалистите по интерна медицина се незадоволни повеќе од своите професии во споредба со семејните лекари (20,6% наспроти 17,3%).

Специјалистите по семејна медицина се грижат за добросостојбата на пациентите, вршат превенција на болести, лекуваат, се грижат за здравјето на пациентот со

хронични болести и обезбедуваат палијативна нега на крајот од животот доколку има потреба од тоа. Тоа го обезбедуваат директно или преку достапните служби во зависност од здравствените потреби на пациентот и расположивите служби во заедницата. Превенцијата и раното препознавање на болеста се суштински карактеристики на семејната медицина. Решавање на повеќето медицински проблеми на ниво на примарна здравствена заштита, координација и интеграција на сите неопходни здравствени услуги со најниска цена на чинење овозможува обезбедување на рентабилна здравствена заштита.

Во последниве години од особена важност е автономијата на пациентот а со тоа и улогата на семејниот лекар во развивањето на експертиза на пациентите во водењето на нивните болести, особено сега кога пациентите се подобро информирани како резултат на лесниот пристап до информации преку интернетот.

1.1.1 Епидемиологија на општа амбуланта

Епидемиологијата на општата амбуланта е различна од таа на секундарно ниво. Пациентите доаѓаат на лекар поради самоограничувачки проблеми кои поминуваат сами од себе, акутни симптоми и знаци но и хронично болни пациенти за водење на нивната болест во консултација со специјалистите. Голем број од консултациите кај семејниот доктор се за да се ослободат пациентите од анксиозноста од одредени болести кај релативно здрави пациенти – ориентираност кон нормалноста на примарната заштита. Тоа подразбира активности за промоција на здравјето и добросостојбата на пациентот, и очекувањата дека многу од проблемите со кои доаѓаат во ординацијата немаат болест во основа. Но во исто време семејните лекари мораат да се обучени да ги дијагностицираат и да ги решаваат сериозните болести. Многу болести на самиот почеток се манифестираат со недефинирани знаци кои тешко се препознаат. Тие мора да користат посебни вештини за решавање на проблеми, многу специфична и комплексна задача, која бара посебен процес на одлучување а кој се базира на ниската инциденца на сериозни заболувања, и на фактот дека позитивните предвидувачки вредности на симптомите и знаците како и на дијагностичките тестови е различна на примарно ниво во споредба со болниците. Многу е важно да се зне кога да се прекине со испитувањата поради стресот кој го предизвикуваат кај пациентот. Потребно е да се заштити пациентот од оштетувања и од пренагласување на проблемите со што се заштитува пациентот од непотребни скрининг тестови, анализи и третмани.

1.1.2 Разлика помешу специјалист по семејна медицина и други специјалности

Семејната медицина е специјалност која дели многу заеднички области со другите клинички дисциплини, но обединети на посебен начин со што се обазбедува уникатна медицинска заштита. Посветеноста на континуирана, сеопфатна, индивидуална нега, рано откривање и справување со болеста, превенција на болести и одржување на здравјето, водење на грижа за пациентите како дел од срединаа се спецификите на семејната медицина кои го прават семејниот лекар посебен и различен од другите специјалисти.

Разлика помеѓу специјалист по семејна медицина и други специјалисти

Улога на специјалисти:

- Треба да ја намали неизвесноста, се истражуваат можностите и се минимизираат грешките.

Улога на семејниот лекар:

- Треба да ја прифати неизвесноста, ги истражува веројатните дијагнози и ја маргинализира грешката (Маринкер 1990). Семејниот лекар нема помалку знаење и вештини но користи различни знаења и вештини и на поинаков начин од специјалистот.

Општа амбуланта	Болница
Структура	
Се грижи за мала популација (1500-2500 пациенти)	Се грижи за голема популација (250000)
Регистрирани пациенти	Не регистрирани пациенти
Директен пристап	Со закажување преку семејниот лекар
Локализирана во близина на живеење на пациентот	Одалечена од местото на живеење
Независно од возраст и болест	Специјализирани по возрасни групи, болести
Функција	
Здравствена заштита на пациентите за сите состојби и болести	Специјалистичка здравствена заштита
Одговорна за сите проблеми кои се појавуваат кај пациентот, независно од пол, возраст и болест	Специјалистички проблеми по пол, возраст и болест
Недефинирани проблеми и симптоми	Присатна организирана болест
Чести болести и социјани проблеми	Ретки болести или атипична манифестација на честите болести
Ретко се користат софистицирани испитувања	Неселективно користење на софистицирани испитувања
Континуирана грижа за пациентот	Епизодна одговорност за пациентот

Повторувачки можности за сеопфатна грижа	Ретка можност за повторувачка грижа
Ставови	
Ориентирана кон пациентот	Ориентирана кон болеста
Времето се користи како дијагностичка алатка	Времето не се користи како дијагностичка алатка
Важност од градење на однос доктор-пациент кој се препознава и се цени	градење однос доктор-пациент не е многу важен сегмент од работата на специјалистот
За неизлечиви состојби се спроведува континуриана грижа и подршка	Пациенти со неизлечиви состојби се отпуштаат од болница на домашна нега
Земање во обзир на погледите на пациентот и почитување на неговата автономија	Помалку се препознава и се почитува автономијата на пациентот

1.1.3 Контекс и содржина на општата амбуланта

Општата амбуланта е многу различна средина во споредба со болница. Проблемите со кои доагаат пациентите често се недефинирани, почести со состојби и проблемиодколку болести, и соодветно и содржината на општата амбуланта е различна од таа во болниците. Најчеста причина за градна болка во болница е инфаркт, а во општа амбуланта е мускулоскелетна болка. Само 25% од пациентите кои имаат некаков симптом решаваат да се јават кај својот лекар, а од нив само 10 % се упатуваат во болница за иследувања. 90% од проблемите се решаваат во општа амбуланта а 10% има потреба од упатување на секундарно ниво за консултација. 60% од консултациите во општа амбуланта се за мали самоограничувачки проблеми (горнореспираторни инфекции, гастроинтестинални симптоми, 25% се за водење на хронични болести (хипертензија, дијабет) и 15% за акутни животозагрозувачки состојби (миокарден инфаркт, акутен апендицитис). Најчеста причина се респираторни проблеми, потоа невролошки проблеми, мускулоскелетни проблеми, и кожни проблеми, повреди и труења, инфекции.

White уште 1961 година во својата студија покажал дека во секој месец, 800 луѓе ќе имаат најмалку еден симптом. Повеќето од овие луѓе ќе поминат со самолекување, но 217 ќе побараат здравствена грижа, а 113 ќе го консултираат семејниот лекар. Од овие осум ќе бидат хоспитализирани, но само еден ќе оди во Универзитетски медицински центар. Очигледно е дека пациентите кои се гледаат во медицинските центри (повеќето случаи се користат за настава) претставуваат нетипични примероци на болеста. Иста ваква студија е направена 40 години покасно од Green 2001 и добиени се истите резултати. Постојаниот однос е неминовен затоа што секоја промена во соодносот ќе значи големо финансиско пореметување на системот.

Семејниот лекар во тек на консултацијата треба да поседува вештини за првична проценка на проблемите, во состојба кога истовремено се појавуваат повеќе проблеми. Има многу симптоми ама малку клинички знаци и често се работи за комплексна мешавина на физички, социјални и психолошки фактори. Тој треба да развие способност за соодветна селекција на клучните информации при земањето на анамнеза, изведувањето на физикалниот преглед и користењето на иследувањата. Поради тоа е потребен индивидуален приод кон секој пациент во зависност од причината за консултација. Fraser (1999)

ДЕФИНИЦИИ

Семејна медицина е медицинска специјалност која овозможува континуирана и сеопфатна здравствена заштита за поединецот и за семејството.

Тоа е широка специјалност која ги интегрира биолошките, клиничките и психолошките науки. Во многу земји, поимот општа пракса е синоним со семејна медицина. Семејниот доктор мора да биде застапник на пациентот, компетентен, да се грижи, да биде милосрден, да може да живее со неизвесноста, да е свесен за своите ограничувања како семеен лекар и да го упати пациентот на повисоко ниво кога тоа е потребно (Ричардс, 1997). Семејните доктори поседуваат специфични знаења, вештини и ставови кои ќе му овозможат пружање континуирана и сеопфатна медицинска нега, да го одржуваат здравјето и да спроведуваат превентивни програми за секој член на семејството, без оглед на пол, возраст, или тип на проблем. Овие специјалисти, поради интеракциите со семејството, најдобро се едуцирани да послужат како советници на пациентот, да го советуваат за сите здравствени прашања, за упатување на специјалисти, за користење на здравствени услуги и други ресурси во заедницата (Американската академија на семејни доктори, 1993).

Светската организација на семејни лекари (Светска организација на националните академии, колеџи, и академски здруженија на општите лекари / семејни доктори [WONCA]) го дефинира семејниот лекар како лекар кој првенствено е одговорен за обезбедување на комплетна здравствена заштита на секој поединец кој бара медицинска нега и координатор со другите здравствени работници за да се обезбедат специфични услуги кога тоа е потребно.

Семејниот лекар функционира како лекар кој ги прифаќа сите кои бараат нега, тој е прв контакт на секој пациент, додека другите здравствени специјалности го ограничуваат пристапот до нивните услуги врз основа на возраста, полот и / или дијагноза. (Светска организација на националните академии, колеџи, и академски здруженија на општите лекари / семејни доктори, 1991).

СВОЈСТВА И ФУНКЦИИ НА СЕМЕЈНИОТ ЛЕКАР

Следниве карактеристики се пожелни за сите лекари, но од најголема важност се за семејниот лекар:

1. Силно чувство на одговорност за целокупната грижа кон поединецот и семејството за време на здравје, болест и рехабилитација
2. Сочувство и емпатија, со искрен интерес за пациентот и за семејството
3. Способност за поддршка на деца во раст и развој и за време на нивното вклучување во семејството и општеството
4. Способност да им помогнат на пациентите во справување со секојдневните проблеми, како и во одржувањето на стабилноста во семејството и заедницата
5. Способност да се справи со многу проблеми кои се случуваат истовремено кај еден пациент
6. Чувството на лична сатисфакција, добиена од блиските односи со пациентите кои природно се развиле во тек на долг временски период на постојана грижа и нега
7. Со ентузијазам да ги идентификуваат и решаваат недиференцирани медицински проблеми
8. Способност да се одржи смиреност за време на стресни ургентни ситуации и да реагираат брзо, по логичен редослед, ефикасно, и со сочувство кон пациентот и семејството
9. поседување вештини потребни за да се справат со хронични болести и да се обезбеди максимална рехабилитација после акутна болест
10. поседување вештини и посветеност кон едукација на пациентите и семејствата за болестите и промоција на принципите на добро здравје.
11. Земање во обзир на физички, емоционални и социјални фактори во холистичкиот и индивидуалниот приод кон грижата за пациентот
12. Интерес за широк спектар на клинички области од медицината
13. координатор на сите здравствени ресурсите потребни во негата на пациентот
14. континуиран ентузијазам за учење преку континуиран професионален развој
15. Желба да се одржи максимално задоволство на пациентот

СЛУЧАЈ

сабота сабајле, ќерката го носи својот татко на возраст од 75 години кај семејниот лекар. Докторот знае дека тој живее сам, откако пред 3 месеци му починала жената од рак на дебело црево. Во последните 6 месеци не дошол на закажаните прегледи. Пациентот изгледа лошо во споредба со неговата последна посета на амбулантата. Тој чувсвува замор, значително ослабел, нема апетит. Облечен е во стари искинати алишта, мириса на алкохол.

1.1.4 Индивидуална грижа

Многу е важно да се знае каков пациент има болест, одколку да се знае каква болест има пациентот. (Sir William Osler,1904). Семејните доктори не лекуваат само пациенти, тие се грижат за луѓето. Оваа функција на семејната медицина го нагласува индивидуалниот пристап кон разбирање на пациентот како личност, почитувајќи го како индивидуа, изразувајќи сочувство за неговите проблеми. „Грижата за пациентите без користење на науката е добронамерност, хуманост, но не и медицина. Но науката без грижа за пациентот ја осиромашува медицината и го негира големиот потенцијал на оваа стара професија. Грижата за пациентот и медицината се комплементарни и есенцијални за умешноста на лекување“. *(Lown, 1996,)*.

Сочувство значи ко-страдање, лекарот е подготвен да ги сподели маките на пациентот и да разбере што значи болеста за пациентот, тоа е обид да се "чувствува" заедно со пациентот. Лекарот не смее да "го понижи" пациентот ниту во еден момент.

Семејната медицина ја нагласува потребата да се разгледуваат одделни пациенти во целиот контекст на неговиот живот, а не како поединечно решавање на презентираните проблеми. Семејниот лекар не се фокусира врз одделни симптоми и болести, туку врз целиот човек кој живее во една сложена општествена средина.

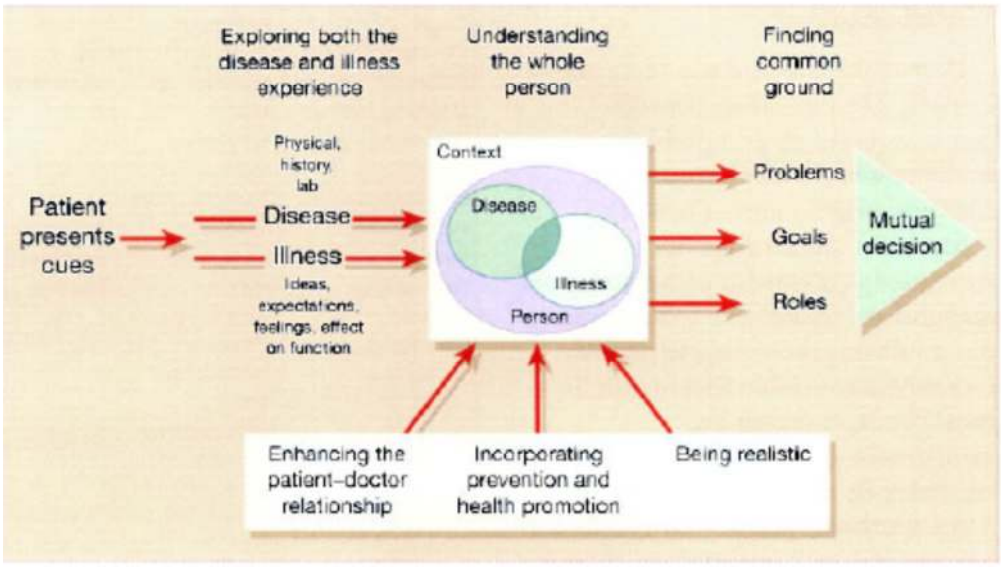


Fig. 1 **The patient-centred clinical method.** Source: Stewart et al (1995).

Лекарот мора да биде темелен во пристапот на проблемите, но исто така треба да има големо чувство за хумор. Тој мора да биде способен за поттикнување на оптимизам, храброст, и само-дисциплина кај секој пациент кои се неопходни за побрзо закрепнување.

Нашиот пациент го носи неговата ќерка и има повеќе проблеми. И покрај изгледот семејниот доктор се однесува со респект и ја почитува неговата личност(независно што е парталав, неизбањат, и мириса на алкохол), се обидува да открие кои се неговите потреби и како заеднички да дојдат до решение. Семејниот доктор сочувствува со пациентот и неговата тага.Иако има сериозни симптоми (губиток во тежина, замор, немање апетит) сепак семејниот доктор ја разгледува неговата состојба во склоп на целата ситуација која се случувала – пациент кој се грижел за својата жена која починала после долго боледување од малигна болест.

1.1.5 Континуирана одговорност

Една од основните функции на семејниот лекар е неговата подготвеност да ја прифати одговорноста за водење на здравствената грижа на пациентот. Ангажманот на семејниот лекар за пациентите не престанува на крајот на болеста, напротив тоа е

континуирана одговорност, без оглед на здравствената состојба на пациентот. Врз основа на постојаното учество и развивањето на посебен однос со семејството, семејниот лекар може да го осознае карактерот на семејството и начинот на неговото функционирање. Оваа способност да го набљудува семејството со текот на времето ќе му овозможи стекнување на важни информации кои ќе му помогнат во обезбедување подобра грижа за пациентот. Еден од најголемите предизвици во семејната медицина е потребата да се биде внимателен кон промените кои се случуваат во семејството под дејство на стресот и транзициите, и очекувањата на членовите на семејството кои се менуваат со текот на времето и како овие и други интеракции помеѓу членовите на семејството влијаат на здравјето на поединците. Семејниот лекар мора да го процени карактерот на поединецот, за да може да ги толкува соодветно проблемите и симптомите и да може да пружи соодветна грижа. Абдоминална болка може да се занемари кај еден пациент кој често ја посетува амбулантата со мали проблеми, но истата абдоминална болка ќе се разгледа веднаш и со голема внимателност кај пациент кој е изджлив на болка и ретко ја посетува амбулантата. Одлуката кои испитувања ќе се направат и кога зависи од познавањето на животниот стил, личните карактеристики и претходните реакции на пациентот. Колку докторот подобро го познава пациентот, толку полесно ќе спроведе соодветна и брза проценка на состојбата. Доколку докторот има малку информации за пациенот, толку тој назначува скапи лабораториски иследувања за да не пропушти нешто битно. Семејства на кои им се пружа континуирана, сеопфатна грижа имаат помалку хоспитализациии, помалку посети на лекар за болести во споредба со оние кои немаат редовни лекар. Ова се должи барем делумно, на познавањата кој лекарот ги има за пациентите, тој ќе го види пациентот многу порано за проблемот и со тоа ќе се спречат компликации кои ќе бараат хоспитализација. Грижата исто така е поевтина, бидејќи се избегнуваат непотребни радиографски и лабораториски процедури и посети на итни служби.

Познавајќи го добро пациентот семејниот лекар сепак се одлучува да го користи времето како дијагностичка алетка. На два проблеми им дава приоритет а тоа е депресијата и алкохолот. Дава совет за прекин на пиење, воедно и совет за редовна и правилна исхрана. Превзема мерки за третман на депресијата. Во грижата за пациентот ја вклучува ќерката.

1.1.6 Хронична болест

Семејниот лекар исто така мора да биде посветен на водење на честите хронични болести кои немаат познат лек, но за кои континуираното водење од страна на семејниот лекар е неопходно за одржување оптимална здравствена состојба на пациентот. Тоа е тешка работа која често подразбира промена на животниот стил на целото семејство.

1.1.7 Грижа за квалитетот на здравствена заштита

Семејните доктори обезбедуваат висок квалитет на здравствена заштита. Ова се потврди со неколку студии кои прават споредување на здравствена заштита помеѓу семејни доктори и доктори од различни специјалности. McGann и Бауман (1990) споредуваат морбидитет и морталитет на хоспитализирани пациенти кои се водени од

семејни лекари и интернисти специјалисти. Тие откриле дека, иако пациентите на семејните доктори се постари и по сериозно болни, нема значајна разлика во морбидитет и морталитет помеѓу овие две групи на доктори. Напротив, вкупните давачки за нивната болничка нега биле пониски во споредба со пациенти кои се водени од интернисти специјалисти.

1.1.8 Трошковно ефикасна нега

Семејниот лекар кој е добро запознаен со пациентот не само што обезбедува многу повеќе индивидуална здравствена заштита, туку работи поекономично во споредба со лекарот кој го гледа пацинетот инцидентно. Лекарот кој ги знае своите пациенти може побрзо и попрецизно да ги процени нивните проблеми. Поради континуираната грижа тој е под помал притисок за користење скапи лабораториски и радиолошки иследувања за да ги исклучи дијагностичките можности отколку лекар кој не го познава пациентот .Земји со силна примарната здравствена заштита имаат пониски целокупни трошоции за здравствена заштита, подобри показатели за здравјето и поздрава популација (Starfield, 2001).

Нашиот пациент и покрај тоа што има сериозни симптоми на губиток во тежина, чувствува замор и анемија, кои што може да упатат на неекоја сериозна болест сепак дава приоритет на депресијата и алкохолот. Не се одлучува веднаш за колоноскопија (за да исклучи карцином на дебело црево) или други иследувања за да исклучи други малигно заболување. Доколку не го познава пациентот семејниот доктор веднаш би го пратил на бројни лабораториски и дијагностички тестови.

1.1.9 Сеопфатна комплетна грижа

Терминот комплетна медицинска грижа го опфаќа целиот спектар на медицинската наука. Семејниот лекар мора да се здобие со сите медицински вештини потребни за да се грижи за поголемиот дел од проблемите на пациентите. Колку е поголем бројот на вештини стекнати од страна на семејниот лекар, толку е помала потребата да се упатува пациентот на друг лекар за ситни проблеми. Сеопфатна примарна грижа вклучува водење на акутни инфекции, шиење лацерации, третман на исчашувања, отстранување страни тела од разни органи, обезбедување антенатална грижа и нега на новородено дете, вршење надзор на дијагностички процедури, изведување рутински физикален преглед кога пациентот се чувствува добро, идентификација на потенцијални фактори на ризик. Водење на болест вклучува многу повеќе од дијагноза и препишување лекови. Тоа бара свесност за сите фактори кои можат да го спречат или помогнат закрепнувањето на поединецот од болест. Ова бара земање во предвид на верските убедувања, влијание на социјални, економски, културни, наследните фактори, и лични очекувања на пациентот.

Нашиот пациент има бројни проблеми, со што семејниот лекар е ставен во положжва да направи рангирање на истите според приоритет. Дали на прво место да биде сомнение за малигна болест или депресија или алкохол. Ќе му препише терапија за депресија но неопходно е да даде совет за промена наживотните навики во поглед на правилна исхрана и одвикнување од алкохол како на пациентот така и на неговата

ќерка. Ќе се обиде да ја вклучи ќерката во грижа за таткото како и својата сестра со редовни секојдневни посети во домот за да провери за редовното земање на терапијата, што јаде и дали продолжува да консумира алкохол. .

Способноста на семејниот лекар да се соочи со голем број на пациенти со неселектирани, недиференциран состојби и при тоа да носи терапевтски одлуки, со текот на времето станува една од уникатните вештини на примарната здравствена заштита.

Едуциран семеен лекар ќе има повисоко ниво на толеранција за неизвесни состојби, отколку специјалист.

1.1.10 Интерперсонални вештини

Една од најзначајните вештини на семејниот лекар во водењето на пациентите е способноста ефикасно да ги користи познавењата на меѓучовечките односи. Постои очигледна потреба за изразување на сочувство и грижа за болните луѓе.

Семејната медицина ја нагласува интеграцијата на сочувството, емпатијата и личната загриженост во споредба со другите специјалности. Пациентот треба да се гледа со сочувство како човек во неволја и треба да биде третиран со загриженост и достоинство.

Лекарите мора да развијат сочувство и учтивост, способност да воспостават медиум со пациентот и да комуницираат ефективно брзо да прибираат информации за да можат да ги идентификуваат потребите на пациентите. Семејниот лекар треба да има способност да слуша, да ги мотивира луѓето, да набљудува и да открива невербални знаци.

1.1.11 Пристапност

Чувство на сигурност што ја добива пациентот знаејќи дека тој може да дојде на лекар во било кое време, или лично или по телефон, има терапевтски ефект и има смирувачко дејство врз пациентот. Пристапноста е суштинска особина на примарната здравствена заштита. Услугите мора да бидат достапни кога е потребно и треба да бидат во рамките на географската близина. Кога семејниот доктор не е достапен на пациентит, многу поединци се насочуваат кон болниците и одделенијата за итна помош.

На пациентот и на неговата ќерка ќе им овозможи консултација во секое време со што им дава чувство на сигурност. Со редовните посети на пациентот во неговиот дом ќе се постигне тераписки ефект како врз депресијата така и во промоција на здравите навики на живот.

1.1.12 Дијагностички вештини: недиференцирани проблеми

Семејниот лекар мора да биде пред се добар дијагностичар. Вештините мора да бидат развиени до перфекционизам бидејќи повеќето проблеми се гледаат во самиот почеток недиференцирани. Ова е карактеристика на семејна медицина бидејќи симптомите се гледаат во фаза кога се нејасни и неопределени, со отсутни или минимални пропратни знаци. За разлика од специјалистите, семејниот лекар не го испитува пациентот откако

е направена преселекција од друг лекар, напротив тој мора да употреби селектирани дијагностички процедури за да постави дијагноза.

Во оваа фаза од болеста, често се присатни само суптилни разлики меѓу првите симптоми на сериозна болест и на оние само-ограничувачки заболувања. На неискусните доктори клиничката слика им изгледа иста, но искусен семен лекар му е дозволен еден симптом за да ја процени сериозноста на состојбата. Дијагнозите често се поставуваат врз основа на веројатноста, а веројатноста дека одредена болест е присутна, често зависи од инциденцата на таа болест на таа територија и од период на годината. Приближно една четвртина од сите пациенти кои ќе се јават на преглед никогаш нема да добијат конечна дијагноза, бидејќи смирувањето на презентираните симптоми ќе дојде пред да може да се направи специфична дијагноза. Слично, семејните доктори со поголема веројатност ќе користат терапевтски обиди за да се потврди дијагнозата. Семејниот лекар е експерт во брза процена на проблемот кој се појавува за прв пат. Тој го проценува неговото значење, често поставува дијагнозата на принцип на исклучување, земајќи во обзир дека симптомите не се асоцирани со сериозен проблем. Времето се користи како ефикасна дијагностички помош. Посетите во тек на следење се планирани на соодветни интервали за да се воочат суптилни промени во презентирање на симптомите. Лекарот обично идентификува симптом кој има најголема дискриминаторска вредност и го следи во текот на посетите. Ефикасноста на семејниот лекар често се определува со неговата способност за препознавање на суптилни или скриени димензии на болеста. Максимата дека добра анамнеза е најважниот фактор во поставување на точна дијагноза е особено важна за семејниот лекар. Дополнителни податоци за природата на симптомите, за времето на почеток, провоцирачки фактори, како и други субјективни карактеристики може да обезбедат дијагностички индиции во оваа рана фаза. Покрај сè, семејниот лекар мора да биде клиничар со способност да ги процени симптомите, да ја процени вербалната и невербалната комуникација, и да избере такви дијагностички тестови кои се од најголема вредност во рано дијагностицирање на проблемот.

Не секогаш симптомот претставува болест. Симптомите можат да бидат резултат на само-ограничувачки или акутен проблем, но вознемиреноста или стравот кај пациентот може да биде вистински преципитирачки фактор. Иако симптом може да биде засипнатост кој е резултат на постназален секрет како резултат на горнореспираторен инфект, пациентот може да стравува дека тоа е предизвикано од ларингиален карцином, сличен на тој кој неодамна се открил кај еден негов пријател. Клиничката евалуација треба да ја отфрли можноста за ларингиален карцином, но стравот на пациентот во врска со оваа можност исто така мора да биде земена во предвид. Слично на тоа, еден 42-годишен маж со грип и плеврална болка во градите може драматично да се вознемири бидејќи татко му умрел на возраст од 45 години од акутен миокарден срцев удар. (Всушност, причината зашто пациентот бара комплетен преглед и електрокардиограм е фактот дека некој познаник од работа неодамна имал срцев удар)

1.1.13 Семеен доктор како координатор

Семејниот лекар е најдобро обучен да одбере специјалисти кои најсоодветно ќе одговорат на потребие на пациентот. Како медицината станува повеќе специјалистичка и комплексна, семејниот лекар има се позначајно место како интегратор на здравствените услуги. Семејниот лекар не само што го олеснува пристапот на пациентот до целиот здравствен систем, но, исто така, ги објаснува активностите на овој систем врз пациентот за да ја објасни природата на болеста, импликацијата на третманот и ефектот на двете врз начинот на живот на пациентот. Семејниот доктор мора да има реален увид на проблемот и да биде свесен за постоење на многу алтернативни правци за да може да го избере најдобриот пристап од сите можни алтернативи. Во планирањето на негата за пациентот, семејниот лекар најдобро може да избере и да ги координира активностите бидејќи го познава пациентот, неговата личност, стравовите и очекувањата.

Способноста да се оркестрира знаењето и вештините на различни професионалци е вештината која треба да се научи низ работата во амбуланта. Тоа не е автоматски атрибут на сите доктори или само резултат на изложеност на голем број на професионалци. Познавањето на здравствените ресурси на заедницата и личниот ангажман се користи за постигнување на максимална корист, не само за дијагностички и терапевтски цели, но, исто така, за да се постигне најдобар можен степен на рехабилитација.

Семејните лекари ги анализираат болестите и поплаките кои им се презентираат од страна на пациентие, успеваат да се справат со повеќето од нив а за мал дел обезбедуваат соодветна консултација со специјалист.

Tumulty (1970) покажа дека за добар лекар пациентите го сметаат тој кој (1) покажува вистински интерес за нив, (2) темелно ги анализира нивните проблеми, (3) покажува сочувство, разбирање и трпение, и (4) дава јасен увид во она што не е во ред и она што мора да се поправи.

По направената консултација во догоовор со пациентот се пропишува антидепресив кој треба да го зема редовно, се пропишува терапија за анемија, и се закажува контрола за 2 недели, со сестрата се договара да поминува кај него дома 1 дневно напладне, а со ќерката која работи се договара да поминува секој ден после работа. Ќерката превзема обврска да му носи секое утро јадење за тој ден.

После 2 недели пациентот доаѓа на закажаната контрола видно изменет, избричен, облечен, добро расположен, поправен 3 кг, не се чувствува веќе толку заморен. Крвната слика покажува покачување на хемоглобинот. Со докторот разговара со тага и со солзи во очи за починатата жена, но кажува дека почесто оди во посета кај ќерката и им помага на внуките во домашните задачи.

ЗАКЛУЧОК

Семејна медицина е академска и научна дисциплина која има своја сопствена едукативна агенда, истражување, медицина базирана на докази и клинички активности и е клиничка специјалност која е насочена кон примарната здравствена заштита.

Карактеристики на семејната медицина:

1. Прв медицински контакт во здравствениот систем, овозможува отворен,неограничен пристап на сите корисници, се справува со сите здравствени проблеми независно од пол, возраст, или други обележја на пациентите.
2. Овозможува ефикасно искористување на ресурсите преку координирана здравствена заштита, соработувајќи со другите професии во ПЗЗ, како и остварувајќи соработка и комуникација со другите специјалности, застапувајќи ги правата на пациентите.
3. Развива индивидуален приод кон пациентот, неговата фамилија и неговата средина.
4. Развивање на континуиран однос преку остварување на ефективна комуникација помеѓу докторот и пациентот.
5. Обезбедува постојана континуирана здравствена заштита во зависност од потребите на пациентот.
6. Има посебен процес на донесување на одлуки условен од преваленцата и инциденцата на болестите во средината во која живее пациентот.
7. Истовремено ги решава и акутните и хроничните здравствени проблеми на пациентот
8. Ги препознава болестите кои се прикажуваат на недефиниран начин во раниот стадиум на развој, кој понекогаш бара ургентна интервенција.
9. Промовира здравје и добросостојба преку соодветни и ефективни интервенции
10. Има посебна одговорност кон здравјето на заедницата
11. Ги зема во обзир физичките, физиолошките, социјаните, културолошките и егзистенционалните димензии на проблемите.

1.1.13.1 ЛИТЕРАТУРА

1. Ross J Taylor, Brian R McAvoy, Tom O'Dowd General Practice Medicine an ilostrated colour text Elsevier Science Limited 2003
2. Llewelyn Huw, Hock Aun, Lewis Keir, Al-Abdulla, Anees Oxford Hanbook of clinical Diagnosis 1st Edition Oxford University Press 2006.
3. Robert Rakel Essential Family Medicine foundamentals and case studies Third Edition Elsevier Inc. 2007
4. Green L, Fryer GEJ, Yawn BP, Lanier D, Dowey SM. The ecology of medical care revisited. New England Journal of Medicine 2001; 344:2021-2025.
5. White KL, Williams TF, Greenberg BL. The ecology of medical care. New England Journal of Medicine 1961; 2(265):888-92.
6. Allen J, Gay B, Crebolder HFJM, Heyrman J, Švab I, Ram P. The European
7. definition of general practice/family medicine. London, 2002.
8. Heyrman J. The Educational agenda of general practice/family medicine. Leuven: EURACT, 2004.

2 ПОСТАВУВАЊЕ ДИЈАГНОЗА ВО АМБУЛАНТА НА СЕМЕЕН ДОКТОР

Д-р сци Катарина Ставриќ

СЛУЧАЈ

Пациент А.Ц. 47-годишен маж, женет, работи како трговски патник доаѓа во ординацијата и се жали на болка во горниот дел на стомакот која трае веќе 1 месец. Болката е повремена, ја опишува како »тежина во стомакот«, се појавува обично еден час по оброкот. Понекогаш тој се чувствува печење во желудникот. Понекогаш болката го буди од спиење ноќе. Тој негира каква била неодамнешната повреда. Тој нема проблеми со дишењето. Немал никакви промени во дефекацијата нема забележано промени во столицата. Нема промени во уринатa. Тој нема температура и не кашла. Неодамна имал стресна ситуација на работа, инаку нема проблеми со спиењето. Не ослабел во овој период додека има тегоби.
Зема лекови за покачен холестерол и за покачен притисок.
Негативна фамилна анамнеза за болести.

ВОВЕД

Семејниот доктор е прва линија на здравствена заштита и тој успева да ги решава во најголем дел недефинираните проблеми на своите пациенти. Повеќето се самоограничувачки и најчесто не добиваат дефинитивна дијагноза. Консултација насочена кон пациентот се фокусира токму на пациентот како личност а не на неговата болест. За да го практикува овој приод семејниот лекар мора постојано да ги следи упатствата како и постојано да биде свесен за раните знаци на сериозни болести користејќи најразлични стратегии за донесување на одлуки.
Донесување на одлуки е мисловен процес, каде што ние ги следиме сите можни последици од различните одлуки, ги одредуваме важните фактори, и ги избираме најдобрите можни решенија помеѓу овие можности. (1) Донесување одлуки во медицина подразбира избор на најверојатната дијагноза или водење на пациентот врз основа на анамнезата, испитувањата и резултатите од евентуалните тестови. Одлучувањето во семејна медицина се разликува од донесувањето на одлуки во другите медицински специјалности, главно поради неколку карактеристики специфични за семејна медицина (2-4):

- голема количина на информации, често менувањето на областа за која се донесувааат одлук
- специјалистите по семејна медицина често се среќаваат со здравствени проблеми кои се во првите фази на нивниот развој и често пати постојат субтилни или двосмислени симптоми и знаци,
- Здравствените проблеми произлегуваат од различни органи и системи и се испреплетени со ментални и социјални проблеми,
- На пациентите во амбулантата често им треба само уверување дека нивните проблеми не се предизвикани од сериозна медицинска состојба,

- Фреквенцијтаа и веројатноста на медицинските состојби се различни од оние на секундарна здравствена заштита.

Втора многу важна карактеристика во донесувањето на одлуки во семејната медицина е потребата од заедничко донесување на одлука на докторот и пациентот. Многу пациенти сакаат да бидат вклучени во овој процес. Се повеќе се информираат преку интернет и се доста активни во процесот на донесување на одлуки особено во одлучување за третманот. Но притоа е важно да се одреди способноста на пациентот да ги толкува здравствените информации правилно.Споделување на одлуката подразбира процес на интеракција помеѓу докторот и пациентот се со цел да се дојде до најдобар избор од медицинските разумни алтернативи. Таа интеракција е неопходна затоа што докторите ги знаат дијагностичките техники, болестите, прогнозата, тераписките опции, превентивните мерки. Пациентите си ги знаат своите минати заболувања, социјалниот фактор, навиките, однесувањето.

ВИДОВИ НА ДОНЕСУВАЊЕ ОДЛУКИ

Донесувањето одлуки може да биде интуитивно, аналитички или рутински (базирано на искуство). Обично, донесувањето на одлуки во медицината е комбинација на сите три видови.

Аналитичко одлучување е синтетички процес. Лекарот детектира проблем, одредува можни решенија и со дополнителна анализа ја проверува нивната веројатност. Ова го насочува кон конечната одлука. Лекарот ја прилагодува конечната одлука со следење на исходот од водењето на пациентот. (5).

Интуитивно донесување на одлуки се базира на потсвеста, искуствата и вредностите, и тешко е да се анализира поради неговата комплексност. Интуитивното донесување одлуки може да има негативно влијание врз квалитетот на работата, но понекогаш со помош на медицински интервенции може да даде резултати.Ова донесување на одлуки е брзо и обично го практикуваат експертите со долгогодишно искуство.

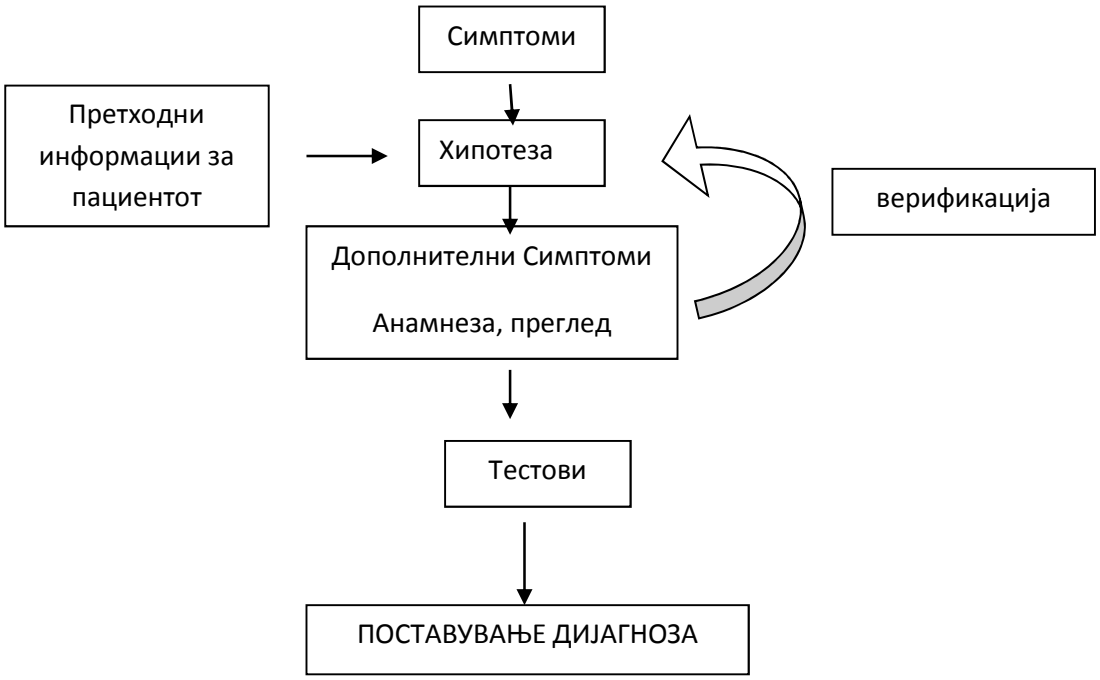
Рутинско донесување на одлуки се користи кога ние веќе ги знаеме можните решенија од претходното искуство и ги знаеме едноставните и проверени правила за донесување одлуки. (6).

Во нашиот пример подоле е прикажан аналитички процес на донесување на одлука. Интуитивен начин на донесување на одлука би било да се избере можна дијагноза – карцином на стомак и да се упати пациентот на гастроскопија, бидејќи пред една недела еден пациент умрел од задоцнето дијагностициран карцином на стомак кој земал симптоматска терапија и ја одложил гастроскопијата. Регистрирање на покачена телесна температура во текот на клиничкото испитување и нарачување на лабораториски испитувања за проценка на воспалението поради сомнение за холециститис, исто така, ќе биде интуитивен одлука.Рутинско донесување на одлука во нашиот пример би било правење на ЕКГ, иследување кое рутински се прави кај секој пациент со ретростернална болка за да се исклучи можен проблем со срцето.

ПРОЦЕС НА ДОНЕСУВАЊЕ НА ОДЛУКИ

Во текот на консултацијата за цело време се случува донесување на одлуки. Во основа може да се подели во два дела: одлучување за дијагнозата и одлучувањето за лекувањето. Слика ги претставува процесот на одлучување.

Слика 1: Процесот на донесување на одлуки



Лекарот добива идеи за постоење на можни состојби од симптомите, знаците и начинот на однесување на пациентот. Лекарот може да добие неколку идеи (кластер или модел на меѓусебно поврзани индикации) или може да постои само една. (7). Ако лекарот има само еден знак на располагање, тогаш не е тешко да се донесе одлука. Но, кога постојат повеќе веројатна идеи, лекарот ментално прави голем број на можни хипотези за да постави точна дијагноза.

Во текот на формулирање на почетните хипотези, специјалистот по семејна медицина мора да има предвид следните специфики на донесување на одлуки во семејната медицина: континуитет, широчината на третирање, време и интердисциплинарност. (2). Континуитет се состои од повеќе елементи: односот меѓу лекарот и пациентот, континуитет на здравствената заштита, континуитет на информации за пациентот и за третманот. Континуитет на односот лекар-пациент ја подобрува комуникацијата, ја зајакнува довербата и му овозможува на докторот да ги спознае во длабочина семејството на пациентот, неговата работа, минати заболувања и социјалниот аспект. Лекарот има информации за претходните здравствени состојби на пациентот. .

Широчината на третирање му овозможува на семејниот лекар т.н. тројно решавање на здравствените грижи на пациентот - психо-социјално-медицинскиот модел. Со ова му е овозможено на семејниот лекар да го види пациентот како независна ментална и физичка индивидуа во неговата работа, семејство, социјална и природна средина. Интердисциплинарниот приод му овозможува на семејниот лекар достап до различни профили кои може да му помогнат во поставување на точна дијагноза и третирање на пациентот.

Со помош на овој процес на донесување одлуки (слика 1) семејниот лекар може да дојде до долга листа на можни хипотези. Хипотезите потоа се подредуваат според веројатноста и сериозноста со помош на потрага по дополнителни индикации (симптоми, знаци, тестови): на врвот на листата се дијагнозите кои се чести во семејна медицина, но и сериозни дијагнози кои несмеат да се пропуштат (7).

Кога ќе се стигне до најверојатната дијагноза, семејниот доктор треба да одлучи за најдобар третман. Во семејна медицина третманот не секогаш подразбира давање на лек. Третманот понекогаш е дел од дијагностичкиот процес.

Кај нашиот пациент постојат многу можни индикации: проблемите на пациентот може да се предизвикани од стомакот, панкреасот, срцето, жолчката, аортата, ребрата. Овие индикации ни помагаат да направиме првична листа на можни хипотези: диспепсија, хронично воспаление на желудникот, улкус на стомак или дуоденален улкус, cholecystolithiasis, акутен коронарен настан, карцином на стомак или панкреас и аневризма на аортна. Поради континуитетот на односот доктор пациент, што е типично за семејна медицина, семејниот лекар веќе знае дека пациентот води нездрав начин на живот има неправилни навики за исхрана, дека има покачен холестерол и покачен крвен притисок. Од друга страна, пациентот има доверба во лекарот и се доверува за скорешниот стрес кој го имал на работа. Врз основа на овие податоци, семејниот лекар формира листа на некои веројатни хипотези (дијагнози): диспепсија, коронарна срцева болест, анксиозност. Поради ширината на семејната медицина, лекарот автоматски не ја припишува ретростерналната болка на срцева болест. Ако причината за ретростернална болка кај нашиот пациент е акутен коронарен настан, сериозноста на ситуацијата треба да се препознае веднаш од страна на медицинска сестра на прием на пациентот (важноста на тимската работа во семејна медицина) и третманот на пациентот се забрзува. Можноста за карцином на стомак е многу мал, но доволно сериозен за да се земе во предвид во процесот на поставување на дијагноза.

ДИЈАГНОСТИЧКИ ПРОЦЕС

Диференцијална дијагноза е процес на разгледување на можните причини за проблемите на пациентот пред да се постави конечната дијагноза. Тоа е систематски пристап кон пациент кој спречува пребрзо донесување на одлуки. (1).
Пациентите доаѓаат на лекар бидејќи има одредени симптоми. Тие сакаат да ги дознаат причините за своите проблеми и сакаат брзо да ги решат. Но, најмногу од сè, тие сакаат уверување дека симптомите кои ги имаат не значат сериозна болест.

2.1.1 Процес на поставување на дијагноза

Процесот на поставување дијагноза е циклична и се состои од три чекори кои заедно доведуваат до четвртиот. Овие три чекори се повторуваат неколку пати за секоја хипотеза која лекарот ја одбива, прифаќа или привремено ги става на чекање. Вториот и третиот чекор се повторуваат во текот на клиничкото испитување се додека не се постави дијагноза. Четвртиот чекор е проверка на валидноста на дијагнозата(1).

2.1.2 Чекор еден - слушање и поставување на хипотези

Консултацијата обично започнува со опис на симптомите од страна на пациентот. Препорачливо е да се дозволи пациентот да ги изрази своите чувства без прекинување. Ова му дава драгоцени податоци на семејниот лекар, а исто така дава и време да се дефинираат почетните хипотези. Во текот на анамнезата докторот ги создава (и исто така ги одфрла) повеќето од хипотезите. (1).
Врз основа на податоците кои ги добива семејниот лекар разгледа голем број на можни хипотези (дијагнози)

1. *Срцеви и васкуларни (акутен коронарен синдром, коронарна артериска болест, аортна аневризма, перикардитис)*
2. *белодробна (пневмонија, белодробна емболија, тумор, пневмоторакс, плевритис)*
   скелетно-мускулна (фрактура на ребро, затегнатит мускул, тендинитис, воспаление на 'рскавицата)
3. *гастроинтестинални (диспепсија, хронично воспаление на желудникот или езофагус, чир на желудник или дуоденум, тумор на стомак или дуоденум) ментална (депресија, анксиозност),*
4. *друго (holecystolithiasis, панкреатитис, тумор на панкреас, преносна болка од 'рбетот).*

Се разбира, лекарот треба да го одреди приоритетот по кој ќе ги тестира хипотезите.

2.1.3 Чекор два - активно барање за дополнителни податоци

Повеќето од диференцијални дијагнози кои се наведени погоре може да бидат отфрлени со помош на дополнителни прашања. Се прашува за должина на симптомите, типот на симптомите, кога тие се појавуваат, дали постојат дополнителни симптоми итн (Табела 1).

Табела 1: Активно прашување за дополнителни податоци и процес на одбивање на хипотези

Дополнителни прашања	одговор	Отфрлени хипотези
Времетраење на болката	1 месец	Акутен коронарен синдром, белодробна емболија, пневмоторакс, истегнат мускул, тендинитис, воспаление на 'рскавицата, плевритис
Траума	не	Фрактура на ребро
Тешкотии при дишење	не	Pneumonia, pneumothorax, пулмонална емболија
Болка и отежнато дишење поврзани со вежбање	не	Коронарна болест
Губиток во тежина	не	Тумор на стомак, панкреас, езофагус
Вид на болка	досадна	Holecystolithiasistраума, воспаление
Појава на болка	1 час после оброк	Преносна болка од рбет, депресија
Присаство на симптоми	не	Депресија, анксиозност

Врз основа на анамнезата и дополнителните насочени прашања може да се преполоват можните хипотези. Следниот чекор е клиничко испитување кое дополнително ќе му помага на докторот во намалување на опсегот на можни дијагнози.

Постојат две можности. Првата е елиминација, каде што се елиминираат можните дијагнози поради отсуство на знак. Втората можност е пребарување за патогномонични знаци, односно знаци кои се типични за одредена болест. Присуството на овие знаци не треба да го наведат докторот за предвреме и пребрзо поставување крајна дијагноза, но нивното присуство одредена дијагноза ја прави многу поверојатна.

Ако врз основа на анамнезата и клиничкиот преглед семејниот лекар дошол до најверојатната хипотеза, во тој момент тој запира и продолжува на чекор три -

тестирање на хипотезата. Ако не, се назначуваат дополнителни тестови кои ќе помогнат да се најде конечната дијагноза.

2.1.4 Чекор три - тестирање на хипотези

Во донесувањето на одлуки, овој чекор е најважен, а најмалку разбран. Тестирање на хипотези може да се направи на два начина: споредување на две хипотези и елиминирање на хипотези од листата. (1).

При *споредување на две хипотези* таа која е помалку веројатна се елиминира. Таа што преостанува се споредува со следната хипотеза. На крајот се доаѓа до една најверојатна хипотеза.

Ако симптомите и знаците што сме ги нашле се веројатни за болест А повеќе од болест Б, тогаш болест Б се елиминира. Во *елиминирањето на хипотези* од листата се елиминираат оние болести кои имаат помалку цврсти докази.

2.1.5 Чекор четири – дали некоја од хипотезите е валидна?

Тоа е период кога листата на можни дијагноза е скратена и е потребна конечна одлука. Потребно е да се провери дали дијагнозата може да се објасни со анамнезата, клиничкиот статус и евентуално резултатите од тестот. Ако постојат големи отстапувања од ова, дијагнозата веројатно не е точна. Целта на овој чекор е дијагнозата да ги објасни повеќето од симптомите и знаците на пациентот.

Чекори еден и два:

Нашиот пациент се жалеше на болка во горниот абдомен. Болката е спорадична, опишаан како »тежина во стомакот". Ние дополнително ќе се распрашаме за времето на болката кога се јавува, времетраењето на болката, типот на болка, присуството на претходна траума ... Не треба да се заборави на менталната состојба на нашиот пациент така што поставуваме насочени прашања (за несоница, семејна ситуација, срцеви палпитации ...) Диспепсија е многу често гастроинтестинално заболување, па кај нашиот пациент ние ќе го земете во предвид пред тумор на желудник или панкреас. Пневмоторакс, од друга страна, е релативно ретка состојба, но важна (се лекува и е опасна ако се занемари). Затоа таа дијагноза треба да ја разгледаме рано во процесот на поставување дијагнози. Мускулно истеање е ретко, не е опасно по живот, а исто така нема ефективен третман па затоа можеме да ја разгледаме покасно како можна дијагноза. Отсуство на температура и кашлица може брзо да ни помогне да се елиминира можноста од пневмонија. Со палпација на градите и отаство на болка брзо ја исклучуваме и фграктурата на ребрата. Ако на аускултација слушнеме перикардијално триење, прилично сигурно би се посомневале на перикардитис.Од дополнителни тестови кај нашиот пациент ние ќе направиме ЕКГ за да се елиминира срцева причина за болка.

Чекор три:

Диспепсија е многу честа болест, додека перикардитис е ретка. Ако доказите од анамнезата и клиничкиот преглед се подеднакво силни за двете, ние го елиминираме перикардитис врз основа на веројатноста. Кај нашиот пациент болката се јавува еден час по оброк, што е поверојатно за диспепсија и воопшто не е веројатна за фрактура на ребро. Значи фрактура на ребро се елиминира. Најверојатни дијагнози се атипична форма на коронарна болест и диспепсија, додека мускулно-скелетна болка и перикардитис се со многу мала веројатност. Нема докази што посочуваат кон остатокот од болести, па можеме да ги елиминираме од нашата листа.

Чекор четири:

Една од можните дијагнози кој се постави на почетокот беше фрактура на ребро. Отсуството на траума во анамнезата ни овозможи да ја елиминираме брзо. Пациентот нема било какви дополнителни симптоми како температура, кашлица или треска, па така да може да се елиминира пневмонија. Пациентот, исто така, нема знаци за срцево заболување, па перикардитис и коронарна болест може да бидат елиминирани. Ние сме оставени со најверојатна хипотеза или дијагноза – диспепсија.

2.1.6 Грешки во дијагностички донесување на одлуки

Најчести грешки во поставување на дијагноза се (1):

- одложено формирање на хипотези,
- симултано разгледување на преголем број на хипотези,
- погрешна употреба на стекнатите податоци,
- погрешно разгледување на претходното искуство.

2.1.7 Одложено формирање на хипотези

Познато е дека семејниот лекар може да постави веднаш дијагноза врз основа на главните жалби на пациентот, познавање на неговите претходни заболувања, неговите хронични болести, социјални, семејни состојби, и работно искуство и со прецизно набљудување на пациентот при влезот во амбулантата.

2.1.8 Симултано разгледување на преголем број на хипотези

Во нашето разгледување ние треба да се концентрираме на помал број на дијагнози. Многу лесно може некои од дијагнози да бидат заборавени доколку имаме премногу работни дијагнози.

2.1.9 Погрешна употреба на стекнатите податоци

Лекарот често може да стави настрана, да интерпретира погрешно, или да даде неоправдана важност на одреден дел од доказите. Одредени наоди може да се игнорираат доколку не водат во спротивен правец од тој по кој сме тргнале. Ова може да се случи, поради искуството на лекарот, претходните искуства со други пациенти или кај истиот пациент, или поради силна желба да се постави точна дијагноза.

2.1.10 Погрешно разгледување на претходно искуство

Докторите ги користат претходните искуства со слични пациенти или слични клинички ситуации како помош во донесување на одлуки. Важно е да ги користат овие искуства рационално и да не им се дозволи да ја заслепат професионалната процена.

Кај нашиот пациент би можеле да се случат сите наведени грешки. Одложено формирање на хипотези може да се види во одлуката каде што докторот веднаш ќе исклучи сериозна состојба врз основа на неговиот изглед (пациентот се појавува во релативно добра општа состојба). Симултано разгледување на преголем број на хипотези ќе се случи ако ние истовремено ги разгледуваме хипотезите на пример можноста за скелето-мускулна болка, фрактура на ребро, можноста за пневмонија или пулмонална емболија. Новостекнати податоци ќе се искористат погрешно ако на информациите дека пациентот се лекувал од депресија пред три години, ние веднаш ќе ја разгледаме депресијата како најверојатна причина за досадна ретростернална болка. Со желба да се направи дијагноза брзо, би можеле да бидеме заведени не обрнувајќи внимание многу на другите можни дијагнози (на пример, од причина што болката се јавува еден час по оброкот) или во неизведување на други процедури (на пример, не правиме аускултација на белидробови и срце) . Ние погрешно ќе го разгледаме нашето претходно искуство ако поставиме дијагноза за карцином на

стомак бидејќи не така дамна нашиот добар пријател починал поради задоцнето откриени карцином на стомак.

ЗАКЛУЧОЦИ

Донесување на одлуки во семејна медицина обфаќа систематски пристап кој ги зема во предвид посебните карактеристики на работата во семејната медицина и овозможува рационална дијагностика и третман. Кога ќе се земат во предвид симптомите, знаците и тестовите и резултатите од процедурите, семејните лекари исто така треба да направат разумна пресуда (донесување рационални одлуки) (1):

- Ако резултатите од тестот се изненадувачки, подобро е да се повторат пред да превземат некои дејствија
- Ако резултатите од тестот немаат ефект врз третманот на пациентот, не се прави тој тест,
- Во семејна медицина честа болест која се манифестира со ретки знаци е поверојатно одколку ретка болест која се презентира со вообичаени знаци,
- Во одлучувањето за дијагноза во семејната медицина лекарот прво ги разгледува болестите за кои не може да си дозволи да ги превиди.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sox HC, Blatt MA, Higgins MC, Marton KI. Medical decision making. Philadelphia: American College of Physicians; 2007.
2. Kersnik J. Praktikum družinske medicine. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru; 2007.
3. Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: application of a dual process model of reasoning. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2009: Suppl 1: 27-35.
4. Norman GR, Eva KW. Diagnostic error and clinical reasoning. Med Educ 2010; 44: 94-100.
5. Kaplan RM, Frosch DL. Decision making in medicine and health care. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 525-56.
6. Kersnik J. Odločanje v družinski medicini. V: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002. pp. 37-52.
7. McWhinney IR. Problem-solving and decision-making in primary medical practice. Can Fam Physician 1972; 18: 109-14.
8. Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques JB, Smith MA, eds. Essentials of family medicine. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

3 КОМУНИКАЦИЈА ВО СЕМЕЈНАТА МЕДИЦИНА

Доц.Д-р Сци Горан Петровски

"Listen to the patient, he is telling you the diagnosis."*Sir William Osler, 1904*

Многу од грешките во медицинската пракса имаат потекло од грешка при комуникацијата. Во определени ситуации доктор не може да го разбере пациентот што зборува или пак не може да ја пренесе својата мисла. Овие недоразбирања предизвикуваат фрустрација и кај докторот и кај пациентот, со се што следува потоа како што е намален морал, незадоволство, несоодветен третман, конфликт меѓу двете страни и сл.

Модели за комуникација



Ефикасната комуникација е основна. Доколку докторот не го разбере проблемот на пациентот од самиот почеток, наредните фази како што се испитувања, анализи и терапија може да биде погрешен. И доколкудијагнозата и терапијата се технички точни, наичинот на комуникација со пациентот има огромно влијание врз исходот на третманот. Може да се каже дека комуникацијата е основна за т.н. терапевтска релација на докторот со пациентот.

Во семејната медицина, комуникацијата меѓу докторот ипациентот има определени важни карактеристики. Сите тие може да се сумираат во еден збор – **содржина.**

Комуникацијата се одвива меѓу докторот и пациентот кои се знаат и кои имаат претходно искуство или имаат друга заедничка релација како на пример членови на семејството. Таа може да биде на различни места, во амбуланта, дома или болница. Поради ова потребно е да се разбере содржината на комункацијата и како таа влијае и

може да ја подобри релацијата меѓу двете страни. Најчесто комуникацијата започнуива од стана на пациентот со исложување на симптомите, а потоа може да се искажат и други податоци. Често пати, симптомите кои ги опишува пациентот се без физикални знаци. Доколку знаците и симптомите зедно со испитувањата доведат до определена дијагноза, тие треба да бидат во релација со историјата на болеста, односно анамнезата на пациентот.

УЛОГА НА ДОКТОРОТ

За да се изведе правилна консултација, докторот треба да поседува определени вештини и знаења за да може нормално да се одвива комуникацијата меѓу двете страни. Задачите на докторот се:

- Дијагноза и третман на заболувања
- Промоција, превенција и едукација
- Поддршка и советување на пациентите
- Советување
- Адмнистрација
- Континуирана медицинска едукација

Покрај овие задачи треба да се земат во предвид и комуникациските вештини без разлика дали комуникацијата е директна, по телефон, меѓу колеги, со пациенти и слично. За еден доктор да биде добар клиничар треба да ги поседува следниве караткеристики: знаење, комуникациски вештини, физикален преглед и решавање на проблеми. Комуникациските вештини се дел од претходните три односно меѓу знаењето, физикалниот преглед и решавање на проблем, а се со цел ефикасен третман.
Ефикасната комуникација не би требало да се однесува само личноста или талентот. Комуникацијата и вештините може да се научат, како и да се превземат определени мерки за таа да се подобри.

ВАЖНОСТ НА КОМУНИКАЦИСКИТЕ ВЕШТИНИ

Комуникациските вештинипретставуваат алатка која ги пренесува информациите.
Во комункикацијата треба да се пренесува позитивна енергија и ставови како и да се прикаже почитување и интерес за пациентот. Во никој случај не треба да се пренесува нетрпеливост, супериорност или пак осудување. Комуникациските вештини може да станат предмет на манипулација и непочитување, доколку не се користат во најдобар интерес на другата страна односно пациент. Тоа би значело да се има позитивни професионални чувства кон пациентот и при тоа истот да се комуницира.
Консултацијата често пати е поврзана со многу емоции од страна на пациентот. Справувањето со болеста често пати знае да биде застрашувачка.
Во определени ситуации докторот може да потцени значајни фактори за здравјето на пациентот, кои зависат како ќе бидат искомуницирани. Понекогаш докторите користат стратегии како да ја блокираат комуникацијата, без разлика дали се користи вербална или невербална комуникацијата, при што се бара од пациентот што побрзо да се искаже, бидејќи докторот нема доволно време да му посвети на пациентот. Без разлика колку пациентите се болни, бараат повеќе време и не се свесни за временската рамка како и за другите пациенти кои чекаат ред.

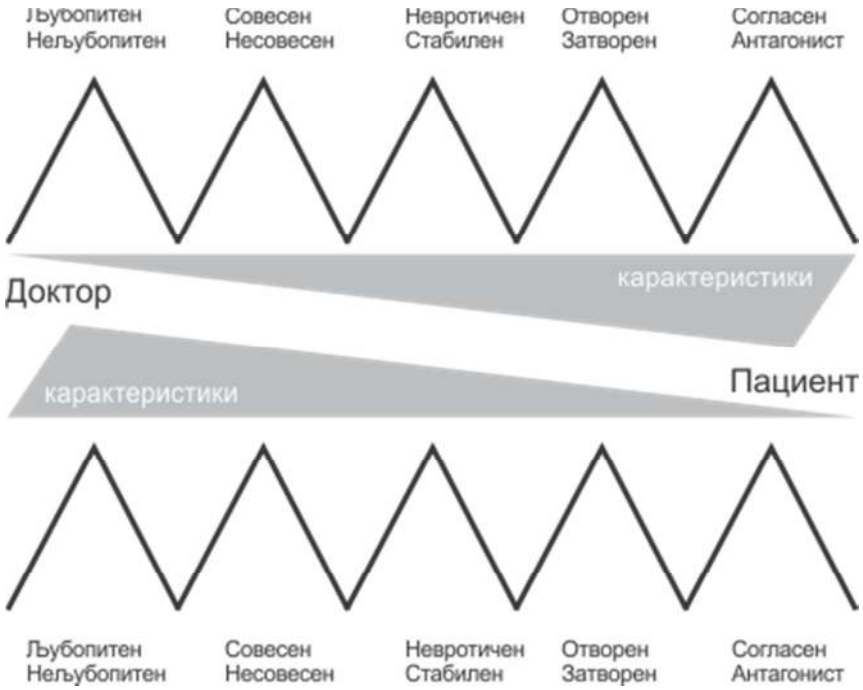
Во недостаток на време, докторот користи т.н. непопуларни технички вештини за да го попречи пациентот како што се проверка на време на рачниот часовник, одбивање да ги види направените анализи, игнорирање на прашањето или спречување на искажувњето на пациентот. Докторот ги користи овие техники ако работи под притисок или пак нема време за сите пациенти кои чекаат.

ПРОБЛЕМИ ВО КОМУНИКАЦИЈАТА

Постојат 5 главни проблеми, односно потешкотии во комуникацијата меѓу докторот и пациентот:

1. Во клиничката медицина, консултацијата е комплексна, динамична и често пати непредвидлива, при што не може да се земе во предвид количината и квалитетот на информациите и како докторите треба со нив да се справат. Луѓето често пати избегнуваат сложени и комплексни инфорамции со користење на едноставни техники на намалување на вредноста на информациите. Во консултацијата пациентите се искажуваат следствено и мислат само на една мисла во определено време. Поради тоа, задачата на докторот е да ги поврзе овие изјави и да направи определена ретроспективна анализа на информациите.
2. Не постојат стандардни пациенти и доктори. Особините на овие две групи се различни, па така лицето без разлика да ли е доктор или пациент може да биде љубопитен или не, совесен или не, отворен или затворен, антагонист или не, стабилен или не и сл.Овие карактеристики на двете страни може да ја отежнат комуникацијата.
3. Особините и навиките на докторот и пациентот најчесто не можат значајно да бидат променети, но може да се користат едноставни техники за да се подобри комуникацијата меѓу нив.
4. Пациентите сакаат да ја знаат дијагнозата, но може нема да ја прценат нејзината значајност или пак нема да бидат подготвени да ја прифатат.Начинот на кој докторот се искажува може да биде различно прифатено кај различни пациенти. Медицинските факти и вистината не се апсолутни и може различно да бидат прифатени од страна на пациентот. Понекогаш се препорачува во зависност од пациентот, давањето на информациите да бидат чекор по чекор, односно дел по дел.
5. Многу малку лица (вклучувајќи ги и докротите) го разбираат ризикот кој е во директна поврзаност со здравјето. Некои пациенти сакаат факти и директни одговори, додека кај други потребен е поинаков пристап, при што докторот може да користи техника кога тој би бил пациент и што би направил.

Проблеми во комуникацијата. Докторите и пациентите имаа различни карактеристики



ПОТРЕБИ НА ПАЦИЕНТОТ

Постојат најразлични потреби на пациентот, но кога станува збор за тоа што сакаат пацинетите од својот доктор, најчесто тоа се однесува на хуманост, способност, презизност и активно вклучување на пациентот во грижата. Пациентите сакаат од докторот да ги слушнат неговите искажувања, тој да се однесува коректно и да гицени дадените информации. Пациентите го ценат принципот на центраолн опоставн пациент во комуникацијата.

Најчесто пациентите не ги сакаат следниве фрази од својот доктор: Да видиме што се случило, Не знам, Ова мие е прв ваков случај, Не сум сигурен во тоа, Ми треба време, Да видиме што пишува во книгата...

Често пати, докторот го заборава името на пациентот, како и неговите детали од здравствената состојна.

Докторите кои имаа добри комуникацисни вештини имаат помалку стрес на работа, поточно може да ги препознаат проблемите на пациентот. Овие пациенти се психолошки позадоволни.

Докторот не треба да врши притисок врз пациентот во донесување на одлуки, кои тој не сака да ги донесе. Можеби е подобро да се остави време пациентот да размисли, за да може повторно да отвори дискусија и да му одговори на сите отворени прашања во врска со определен проблем.

Пациентите при консултацијата имаат до 4 различни грижи, односно проблеми кои сакаат да ги дискутираат и да им се најде соодветно решение. Многу од пациентите сакаат да бидат добро информирани за нивното здравје и тоа од различен аспект како приоритет, дијагноза, прогноза, етиологија и превенција, третман и социјален ефект.

Други пациенти не сакаат да бидат целосно информирани, тие ги сакаат само најбитните информации во врска со нивното здравје. Поради ова, докторот треба да има различен пристап кон различни пациенти.
Пациентот може да не биде спремен да го реши проблемот, доколку размислува на следниов начин:

- Ништо не може да се направи
- Докторот ќе се преоптовари ако му кажам
- Докторт не сака да биде преоптоварен
- Ова не е работа за докторот да ја реши
- Најлошите стравови ќе бидат потврдени
- Докторот не е професионално чувствителен

КОМУНИКАЦИЈА И ИСХОД ЗА ПАЦИЕНОТ

Во комуникацијата со докторот од страна на пациентот, најважни се три основни сегементи како што се: задоволство на пациентот, поддршка и следење на пациент и психолошки аспект. Овие сегменти се директно поврзани. На пример, доколку пациентот има целосно разбирање за дијабетесот и како да се справува со него (промени на начин на живот и фармаколошки третман), најчесто може да се постигне позитивен исход. Од друга страна (терапевтски аспект), треба да се земе во предвид и ефикасната реалација на двете страни.

3.1.1 Задоволство на пациентот

Задоволството на пациентот е поврзано со односот на доктор и пациент, каде е потребно да постои една хумана реалција на докторот кон пациентот при што тој треба да покаже емпатија-поистоветување, не-осудив став и да има топла вербална и невербална комуникација. Пристап на централно поставен пациент, вклучувајжи ги верувањата, стравовите и очекувањата се исто така активно вклучени во комуникацијата, кои имаа значајно влијание врз зголемено задоволство на пациентот.

Исто така, клиничката способност на докторот влијае врз задоволството на пациентот, но понекогаш таа може да биде и помалку одлучувачка споредено со комуникациските вештини на докторот.

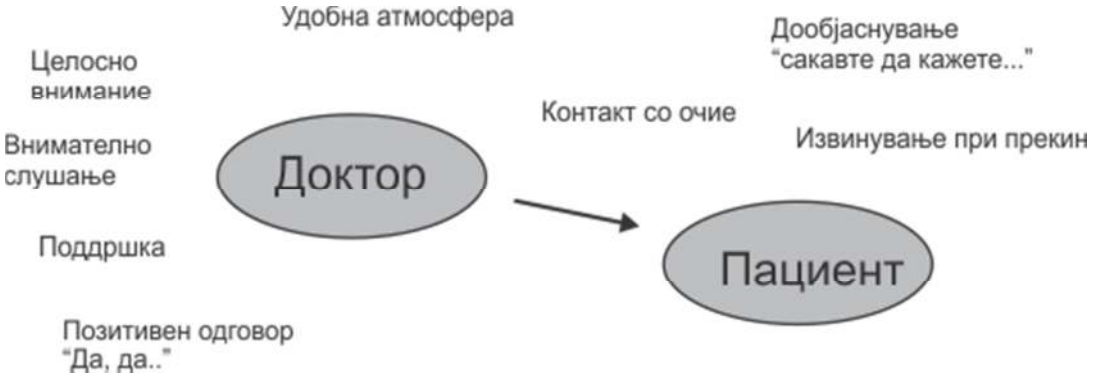
3.1.2 Поддршка и следење

На непридржувањето кон режимот на терапија (редовно земањето на лекови) влијаат определени фактори како што се разбирањето на болеста од страна на пациентот, принципот на лекување, начин на дејство на лековите и довербата кон докторот.

3.1.3 Психолошки аспект и олеснување на болката

Комуникацијата меѓу докторот и пациентот од психолошки апсект може да се евалуира преку определени мерења како што се: решение за хронична главоболка, опоравување по хируршка интервеница, мерења на крвен притисок и мерење на гликозата, подобрување на симптомите и функцијата на пациенти со реуматоиден артитис и сл.

Создавање на добра релација доктор пациент



КОМУНИКАЦИЈА И ИСХОДЗАДОКТОРОТ

Ефикасната комуникација исто така има позитивен исход и за докторот како што е посоодветна и ефикасна консултација во полето на зголемено задоволство и намалена фрустрација кај докторот.
Слабата комуникација на докторот со пациентот е критичен фактор во судските парници на пациентите, кои не го разбрале лекувањето или не добиле доволно информации за својата сосотојба.
Од докторска гледна точка, докторите не се разположени во менување на нивните комуникациски вештини бидејќи сметаат дека со тоа ќе се зголеми времето на консултацијата, иако во пракса тоа е обратно. Доколку докторот посвети повеќе внимание во консултацијта со вербална и невербална комуникација, постои можност да се подобри исходот на третманот, како и да се намалат следните визити и закажувања.

ПРИНЦИП НА ЦЕНТРАЛНО ПОСТАВЕН ПАЦИЕНТ

Комуникацијата на пациентот во консултацијата останува главен фактор за комплетирање на историјата, а следствено на тоа донесување на точна дијагноза и третман. Често пати докторите ги прекинуваат пациентите по 15-20 секунди од нивното искажување. Доколку пациентот нема прилика да ги искаже своите грижи, консултацијата може да завземе погрешен правиц и да се потроши времето при што нема да се постигне вистинската цел, што претставува решение за соодветниот проблем.

КОМУНИКАЦИСКИ ВЕШТИНИ

Во комуникацијата од огромно значење е одговарањето и начинот на реакција на докторот на изјавите од пациентот. Докторот треба да процени и да се фокусира на

определени моменти кои се од значење и да користи определени техники на слушање за да може да го разбере пациентот и да ги собере потребните информации. Во прилог се дадени вештините кои треба да ги поседува докторот:

1. Слушање
2. Следење
3. Прашување
4. Одразување-размислување
5. Напредни техники за одговарање

3.1.4 1.Вештина – Слушање

Вештината на слушање претставува невербално однесување кое вклучува интерес и присуство. Таа вклучува:

- Отворено држење кон пациентот
- Соодветни движења на телото и мало растојание од пациентот
- Соодветен контакт со очи
- Отворен израз на лицето со одговарање на искажувањето на пациентот
- Земање во предвид на определени фактори, како што се приватност, бука и сл.

3.1.5 2.Вештина – Следење

Оваа вештина се однесува на следење на искажувањето на пациентот и доколку е потребно да се разјасни определена информации. Докторот не би требало да го води пациентот во искажувањето, бидејќи на овој начин определена информација може да биде изоставена.

Оваа вештина вклучува:

Повторување и следње на невербални знаци.Оваа вештина претставува т.н. покана за објаснување на определен знак. На пр. Изгледате загрижено за вашата ќерка, дали би сакале да зборувате за тоа. Со мала пауза меѓу овие две прашања, се овозможува пациентот по првиот кажување да отвори дискусија за ќерката. Доколку не одговори на повикот, докторот го поставува второто прашање при што го поканува да разговараат за ќерката.

Во определени ситуации невербалните знаци може да бидат занемарени. На пр. пациентот може да биде лут, но докторот не може да заклучи дали лутината е насочена кон него. Поради ова е потребна потврда од страна на пациентот.

Објаснување на одговорот. Оваа вештина претставува обид за подетално објаснување од страна на пациентот. На пр. дали би можел да заклучам дека ве разбрав.... На овој начин, докторот му дава на дознање на пациенот што тој разбрал, а при тоа го поканува за дополнително објаснување.

Потврдување. Тоа претставува поддршка односно согласност за определена информација. На пр. овие симптоми излгеда ве загрижуваат. На овој начин, докторот ја

потврдува информацијата на пациентот и му дава можност на самодоверба во понатамошното искажување.

Минимално вербално и невербално охрабрување. На овој начин, докторот покажува интерес за следење на информациајта на пациентот за тој да може да продолжи со искажувањето. Ова вклучува изрази на лице, кракти вербални искази како што се да, во ред и сл.

Испробување. Претставува проба за добивање на определена информација. На пр. кажете ми повеќе за вашата главоболка, го спомнавте вашиот спруг, како е тој.

Внимателно молчење. Молчењето понекогаш може да биде најјаката алатка во комуникациските вештини, но и најтешка при изборот кога треба да се користи. Оваа вештина може да се користи кога пациентот размислува и се обидува да се одлучи и да продолжи. Кога пацинентот е во стрес, молчењето може да му помогне да го надмине од една страна и при тоа да пренесе поддршка и удобност.

3.1.6 3.Вештина – Прашување

Прашувањето како вештина во комуникацијата многу често се користи, но докторот треба да биде претпазлив во користењето, бидејќи може да го насочи пациентот кон определен одговор кој сака да го слушне. Постојат различни видови на прашања:

Отворени прашања. Овозможуваат широк став, при што му даваат отвореност на пациентот да каже тоа што мисли. На пр. што можам да направам за вас, што може да ми кажете за вас и сл. Во споредба со затворените прашања, отворените прашања може да откријат многу значајни информации за пациентот. Комуникацијата меѓу двете страни најчесто започнува со отворени прашања.

Фокусирани прашања. По отворените прашања, докторот може да се насочи на т.н. фокусирани прашања, при што се очекува да се пополнат т.н. празнини во дијалогот, односно да се добијат подетални информации. На Пр. ве молам да ми кажете повеќе за вашата диета – може да опишете еден типичен ден.

Затворени прашања.Затворените прашања најчесто имаат еден одговор како да или не, или пак имаат нумерички одговор. Најчесто овие прашања се поставуваат по отворените и фокусираните прашања и имаат цел да се добијат егзактни информации. На пр. дали имате градна болка? Колку пати станувате навечер за мокрење?

Покрај овие прашања постојат и друга група на прашања кои честопати несе корисни и би требало да се избегнуваат:

Водечки прашања. Овие прашања предлагаат посакуван одговор и често пати на пациенот му е тешко да не се сложи со наметнатиот одговор. На пр. болката во раката, не е толку силна нели.

Сложени прашања.Често пати доведуваат до конфузија и кај докторот и кај пациентот. На пр. дали имавте гадење, повраќање или болки во стомакот. Најчесто пациентите одговараат на еден до два симптоми, а другите воопшто не ги земаат во предвид поради сложеноста на прашањето. Докторот ги користи овие прашања кога е во недостаток на време. Најчесто ова кратење на време го продолжува времето на консултација, бидејќи е потребно повеќе време да се објаснат конфузните прашања и одговори.

Докторот треба да избере соодветни групи на прашања со цел да не се создаде конфузија кај пациентот и да не се изостават значајни информации. На пример, не се препорачува започнување на комуникацијата со комплетно отворени прашања бидејќи може да се изгуби смислата на консултацијата. Кај пациенти кои многу зборуваат, може да се користат фокусирани и затворени прашања.

3.1.7 4.Вештина – Одразување-размислување

Оваа вештина му овозможува на докторот да соопшти дека тој не е само пасивен слушател, туку и дека разбира што сака да каже пациентот. Постојат различни вештини на одразување односно активно размислување.

Парафразирање. Со оваа вештина докторот повторува што кажал пациентот но со малку поинакви зборови, генерално фокусирани на мислата на пациентот. На овој начин, докторот може да провери дали точно ја разбрал информацијата, при што со покажување на емпатија овозможува фокусирање на дополнителни информации.

На пример, изјава на пациент: Се чувствувам дека моето тело откажува и се распаѓа откако наполнив 50 години. Парафразирање на доктор: Изгледа дека вашата здравствена состојба ве загрижува откако наполнивте 50 години.

Емпатија. Поистоветување, односно соживување претставува една од најмоќните алатки во комуникациските вештини. На овој начин, пациентот се чувствува дека е разбран, особено ако докторот го искаже своето искуство за определена информација и ја потврди од емоционален аспект.

Првата фаза во развивање на емпатијата е разбирање на состојбата и чувствата од аспект на пациентот. Втората фаза се однесува на пренесување на разбирање кон пациентот. На пр. докторот може да изјави: Можам да видам колку ви е тешко да се справите со ...

Емпатијата исто така може да се пренесе и невербално, со израз, став, висина на глас или допир.

Поврзување на изјавата. Се користи како ехо на суштината од изјава на пациентот со зголемување на интонацијата на соодветен збор во форма на прашање. На овој начин, докторот прикажува дека слуша, но во исто време бара и интеракција со охрабрување на пациентот да дообјасни. На пр. пациентот: тешко ми е да се справам со оваа болка, додека докторот прашува: Оваа болка, или тешко се справувате...

Заклучок. Исто како ематијата може да биде корисна во комуникацијата и може да се користи за изразување на емпатија.

3.1.8 5.Вештина – нашредни техники за одговарање

Претставуваат техники кои може да му помогнат на докторот да добие дополнителни информации за чувствителни теми а притоа да не го наруши односот на двете страни.

Толкување. Оваа вештина се користи за подлабока вербална и невербална комуникација и при тоа да помогне во определени аспекти. Содржината и емоциите може да се толкуваат за да се постигне разбирање од двете страни. На пример, пациент: мојата сестра имаше операција од карцином на гради и сето тоа се случи за многу брзо време, што немаше време да разбере што точно се случува со неа. Доктор:

Дали мислите дека вашата сестра избрзала во донесување на решение? Знам дека е многу тешко да се донесе такво решение во тоа кратко време.

Одбивање и несложување. Оваа комуникација треба да се користи со внимание и во определени случаи, најчесто за изјави за однесување и навики на пациентот, како разбирањето и реалност. На пример, докторот:од една страна вие не сакате да земате лекови за висок крвен притисок, а од друга страна продолживте со пушење. Ова е дилема и...

ОБЈАСНУВАЊЕ И ПЛАНИРАЊЕ

Објаснувањето и планирањето најчесто се појавуваат во втората половина на консултацијата, но потребно е да се нагласат неколку вештини кои треба да користат во оваа фаза за да се задржи добрата релација меѓу двете страни.

3.1.9 Споделување на размислувањата на докторот

Споделувањето на размилсувањата на докторот доведуваат до активно вклучување на пациентот во решавање на проблемот, овозможувајќи му на пациентот да разбере зошто докторот поставува определени прашања или зошто се потребни определени анализи и испитувања. На овој начин, пациентот може да постави прашања со цел да се разјасни целиот протокол на лекување.

3.1.10 Користење на принцип

Користење на принцип за определено прашање може да спречи недоразбирање. На пример, доколку постар пациент има често ноќно мокрење тој не може да направи поврзување на мокрењето со проблеми на простатаа или повисок шеќер во крвта. Докторот ја објаснува поврзаност за да може пациентот да се сложи со соодветните испитувања.

3.1.11 Користење на патокази

Претставува алатка која овозможува преминување од една на друга тема и најчсто се користи за поврзување односно сумирање на претходната тема со започнување на наредна која најчесто е поврзана. Како и кај другите техники и оваа овозможува проверка со пациентот. На пр. ми кажавте дека сте почувствувале болка во стомакот која се појавила синоќа по вечерата, откако сте ги земале лековите. Би сакал да ви поставам неколку прашања во врска со можната причина за болка...

Литература

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 1998, Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.
2. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. 1998, Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.
3. Roter DL, Hall JA. *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors. Improving Communication in Medical Visits*. 1992, Westport, Conn.: Auburn House.
4. Bolton R. *People Skills. How to assert yourself, listen to others and resolve conflicts*. 1986, Roseville, NSW: Simon & Schuster.
5. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. 1989, New York: Oxford University Press.

6. Stewart M, Brown BB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient centred Medicine. Transforming the Clinical Method*. 1995, Thousand Oaks, Cal: Sage Publications.
7. Paling J. Strategies to help patients understand risks. *BMJ* 2003;327:745-8.
8. Horder J, Moore GT. The consultation and health outcomes. *Br J Gen Pract* 1990;40(340):442-3.
9. Levinson W. Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994;272(20):1619-20.
10. Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient centred Interviewing. Part I: Understanding Patients' Experiences. *Can Fam Phys* 1989;35:147-51.
11. Robertson K. Active Listening. More than just paying attention. *Am Fam Prac* 2005;34(12):1053-5.
12. Mackay H. *The Good Listener. Better Relationships through Better Communication*. 1994, Sydney: Pan Macmillan.
13. What's a Good Doctor and How do you Make One? Editor's Choice.. The BMJ's Wild Goose Chase. BMJ 2002;**325**.
14. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol RA. A Systematic Review of the Literature on Patient Priorities for General Practice Care. Part 1:Description of the Research Domain. SocSci Med 1998;**47**:1573-88.
15. Coulter A, Fitzpatrick R. The Patient's Perspective Regarding Appropriate Health Care. I: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw RC eds. The Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London:Sage 2000;454-64.
16. Doctors Expressions of Uncertainty and Patient Confidence. Ogden J, Fuks K, Gardner M, Johnson S, McLean M, Martin P, Shah R. Patient Education and Counselling 2002;**48**:171-176.
17. Maguire P, Pitceathy C. Key Communication Skills and How to Acquire Them. BMJ 2002;325:697-700.

4 КОНСУЛТАЦИЈА ВО СЕМЕЈНАТА МЕДИЦИНА

Доц.Д-р Сци Горан Петровски

Консултацијата претставува "централен акт на медицината и заслужува да биде разбрана".

Способноста за создавање на медицинска историја на пациентот претставува едно од основните вештини во семејната медицина. Медицинското интервју, односно консултацијата има огромно влијание на прецизноста на дијагнозата и третманот. Неколку студии покажуваат дека околу 80% од дијагнозата во семејната медицина е базирана на медицинската историја. Проценките покажуваат дека еден доктор има околу 200000 консултации во текот на својата професионална кариера. Поради ова, потребен е сериозен пристап кон консултацијата која претставува почеток на релацијата меѓу пациентот и докторот.

Успехот на консултацијата не зависи само од клиничките вештини на докторот и неговот знаење, но исто така зависи и од природата на врската меѓу докторт и пациентот. Поради ова, последните неколку години се потенцираат местото на комуникациските вештини како дел од консултацијата.

Видови на проблеми
Евалуација на нов проблем
Евалуација на проблем кој веќе постои
Промена на начин на живот и навики
Промоција на превенција

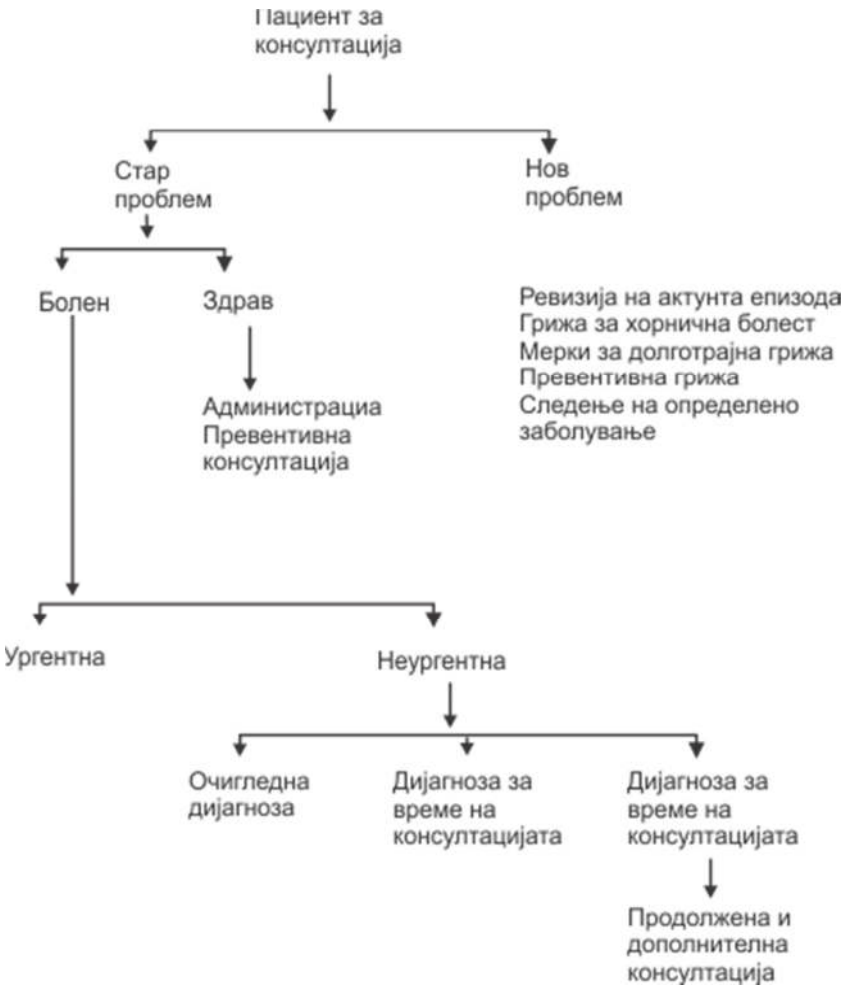
Консултација
Докторите по семејна медицина имаат околу 40-50 пациенти на ден, при што секоја консултација трае околу 7 минути. Понекогаш оваа консултација може да трае подолго во зависност од индивидуланите потреби на пациентот.

Пациентот треба да се чувствува сигурно и лесно во амбулантата на докторот и при тоа да знае дека се што ќе му каже на докторот ќе биде разбрано од негова страна. Пациентот исто така треба да почуствува дека докторот ги разбира неговите симпоми и знаци, и како влијае болеста врз пациентот. Докторот треба да се однесува природно и пријателски кон пациентот. На овој начин ќе се овозможи поефикасна и поточна информација за историјата на болеста.

Консултацијаа претставува централна алка меѓу докторот и пациентот и е важна во создавање на правилна релација доктор-пациент.

Консултацијата е основна алатка во семејната медицина, но исто така и таа се менува со тек на времето. Постојат многу фактори кои влијаат на овие промени, како и различни стилови на консултација, содржина и времетраење. Во доцните 50 години на минатиот век, пациентот не требало да закаже кај докторот за преглед. Консултацијата била сведена на преглед и пропишување на определени лекарства. Времетраењето на консултацијата не било ограничено. Во 60те и 70те години на минатиот век, времетраењето на консултацијата било сведено на 5 минути. Денес, консултација во семејната медицина најчесто трае 10тина минути. Често пати, ова време не е доволно и затоа времето кое е за консултација треба правилно и квалитетно да се искористи.

Движење на пациентот при консултацијата



ЦЕЛИ НА КОНСУЛТАЦИЈАТА

Постојат различни цели во зависност кој модел или модели за консултација се користат. Основните цели за консултацијта се исти, иако и тие се изменети на некој начин. Основните задачи за консултацијата се следниве:

1. **Дефинирање на причина за консултација.** Тука се вклучени историја на болеста, идеи, грижи, очекувања на пациент и ефектите на проблемите. Зошто

пациентот е дојден за консултација? Дали има лажни или нереални очекувања? Дали постои страв кај пациентот поврзан со консултацијата? Дали пациентот има некој скриен план?

2. **Земање во предвид на други проблеми.** Тука се вклучени претходните проблеми и евентуални ризик фактори. Во овој дел може да се вклучи промоција и превенција на здравје, како што се прекин на пушење или дебелина.
3. **Избор на соодветен план.** Тука се вклучени клиничките вештини, како и да биде пропишан определен лек, да се направи повторна проценка или да се упати пациент на повисоко ниво односно на специјалист по одредена област.
4. **Постигнување на разбирање.** Важно е пациентот да ја разбере состојбата, етиологијата како и начините за лекување, за да може пациентот активно да биде вклучен во терапијата. Пациентот треба да разбере дека промена на начинот на живот и навики може да превенираат определени болести.
5. **Вклучување на пациентот во лекувањето.** На овој начин му се дава поголемо значење на пациентот, со што тој станува активен во делот на лекувањето.
6. **Правилно користење на време.** Правилното користење на времето има огромна улога во успешноста на консултацијата.
7. **Основање и одржување на добра релација пациент-доктор.** Таа претставува важна алка во успешна медицинска пракса.

АНАЛИЗА НА КОНСУЛТАЦИЈАТА

Анализа на консултацијата им овозможува на докторите да ги препознаат и подобрат вештините во консултацијата.

Постои зголемен притисок на зголемување на времетраењето на консултацијата при што таа станува се покомплексна во која треба да бидат вклучени целите на докторот и пациентот за да се најде заедничко решение за проблемот.

“Добрата консултација” би требало да постигне определен број на цели, вклучувајќи го и односот доктор-пациент. Вештините за подобрување на исходот од консултацијата може да научат низ анализа на консултацијата.

Постојат различни начини за анализа на консултацијата:

- Наблудувачот е во истата просторија со докторот и пациентот
- Наблудувачот е од другата страна (стакло кое се гледа од една страна-
- Снимена видео консултација
- Игра со улоги (глумење пациент и доктор)

Иако дел од овие методи на анализа не се одобруваат од страна на докторите, нивна основа цел е подобрување на вештитните на докторот за да може да се стекне со ново искуство и вештини се со цел подобрување на консултацијата.

ВЕШТИНИ ВО КОНСУЛТАЦИЈАТА

Постојат различни вештини и тие може да се научат со прифаќање на отворен и самокритичен пристап кон анализата на консултацијата. Во прилог се дадени основните вештини.

- **Добредојде.** Почетна вештина која му овозможува на докторот да направи една удобна и мирна атмосфера за пациентот да стекне доверба. Не треба да се започне консултацијата доколку во ординацијата е претходниот пациент.
- **Прашања.** Прашањата треба да бидат отворени за да му се овозможи на пациентот да го образложи проблемот. Може да се користат и затворени прашања со одговор да и не, за да се евлуира определена состојба. Пациентот не треба да се прекинува доколку не се работи за образложение.
- **Слушање.** Слушањето треба да биде активно и прашањата треба да овозможат лесен проток на информации. Одржување на контакт со очите е од огромно значење, како и користење на говор на телото и користење на невербални знаци.
- **Одговор.** Вклучува разјаснување, сумирање на изјавите како и разбирање на определена нервоза и страв.
- **Објаснување.** Се користи едноставен и разбилив јазик за пациенот каде се образложуваат најважните информации, при што докторот треба да биде сигурен дека пациенот го разбал
- **Затворање**. Затворање на консултацијата понекогаш бара и разјаснување на претходното како и план за наредната визита.

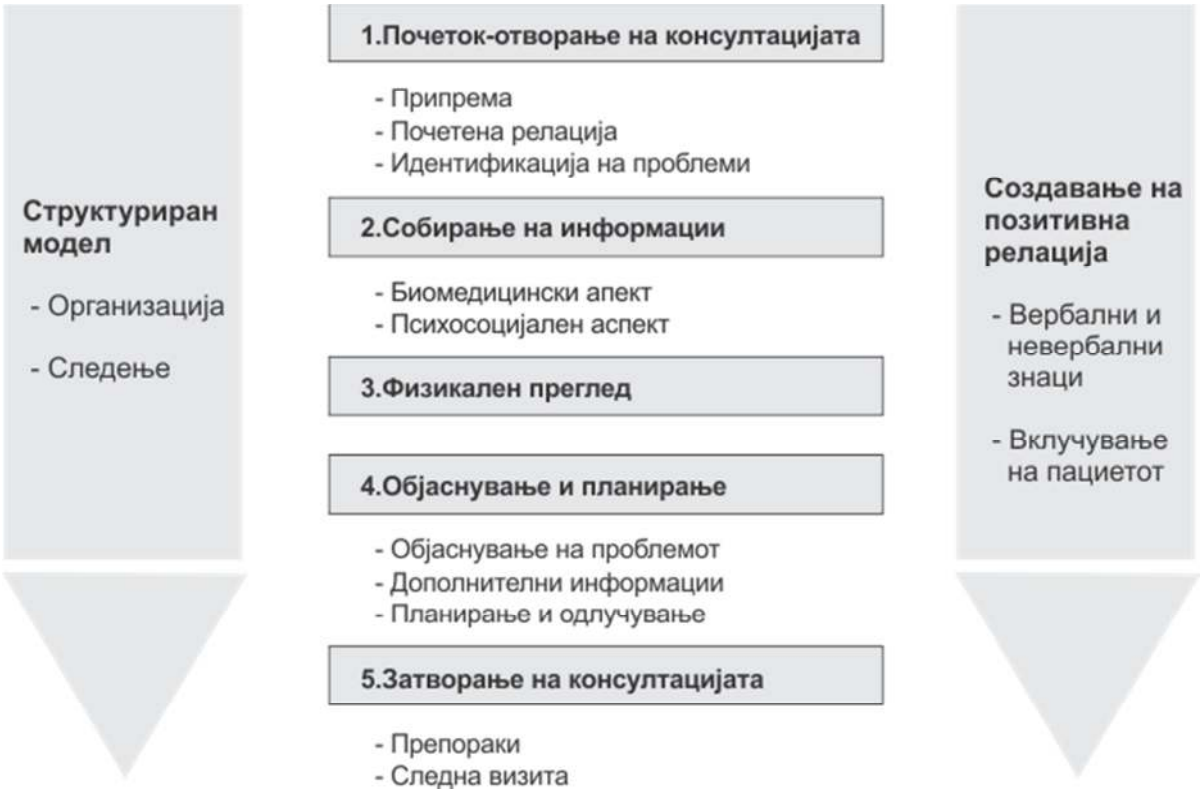
МОДЕЛИ НА КОНСУЛТАЦИЈАТА

Постојат најразлични модели за консултацијата. Иако тие имаат слични заклучоци, ти се различни од субјективен и квалитативен аспект. Сите модели прикажуваат определена корист во консултацијата.

Без разлика на кој модел се користи, секоја консултација би требало да се направи по т.н. структуриран начин за да се обезбеди максимална ефикасност на овој процес. Во продолжение е прикажан еден од моделите, кој идеално се состои од пет дела (The Calgary–Cambridge schema):

1. Почеток-отворање на консултацијата
2. Собирање на информации
3. Физикален преглед
4. Објаснување и планирање
5. Затворање на консултацијата

КАРАКТЕРИСТИКИ НА КОНСУЛТАЦИЈАТА



Консултацијата претставува основна можност за докторот да ги истражи проблемите и грижите на пациентот и да ги идентификува причините за нарушувањето на здравјето. Земањето на историјата на болеста традиционално се однесува на конвенционален медицински метод кој укажува дека нарушувањето на здравјето се однесува на девијации од нормалното биолошко функционирање. Ова практично би значело, доколку пациентот се жали на главоболка, докторот би требало прашањата до ги фокусира на можните причини, со следниве прашања: дали ве боли, кога ве боли, кога започнала болката, дали е постојана, дали со некои лекови се смирува. Иако нарушувањата на здравјето од патофицолошки аспект се најчесто слични, тоа не мора да значи дека секој пациент исто ќе ги почуствува.

Симпотмите на секоја личност се единствени поради неговиот единствен начин на живот и неговиот социјален и психолошки аспект. На овој начин, прашањато кои би требало да се поставуваат би биле: што најмногу ве загрижува околу вашата главоболка, што ве спречува да правите кога имате главоболка, што мислите дека може да ви помогне за главоболка.

Пациентите кои се вознемирени или имаат други проблеми може да се чуствуваат болни и во случај да нема знаци за заболувањето. Поради ова консултацијата не би требало да се состои само од земање на информација за симтомите на пациентот, туку треба и да се земе во предвид индивидуалниот аспект на симпотмите. Н овој начин

консултацијата се базирана принципот patient-centered, каде пациенот е во средината, при што се зема во предвид биомедицинската и психосоцијалната комопонента.

4.1.1 1.Започнување на консултација

Започнувањето на консултацијата се состои од три дела, припрема, почетен рапорт-релација доктор пациент и идентификација на проблеми и грижи на пациентот.

Припрема

Претставуца почеток на консултацијата и потербно е да се изготви оптимален план. Таа треба да биде во мирна атмосфера и без прекинувања (телефонски повици, влегување на други лица, персонал или пациенти). Ова е многу важно за пациентот бидејќи самиот почеток на консултацијата ја прави атмосферата релаксирана и добредојдена. На пример, подобро е да се седи покрај пациентот од истра страна, наместо докторот да биде од другата страна на работна маса, или пак пациентот да седи на пониска столица од докторот.

Доколку консултацијата се одвива на болничко одделение потребно е да се најде соба која е тивка и каде нема да има попречувања од страна на персоналот или другите пациенти. Доколку консултацијата е покрај болнички кревет, се препорачува да се земе столица и да се седне покрај креветот, отколку директно да се седне на кревет.

Од друга страна потребно е да се земе во предвид времето за припрема на консултацијата. Закажаното време на пациентот треба да се почитува, за тој да не мора да чека, бидејќи тоа доведува дополнителна нервоза. Времето за консултација потребно е да се искористи на најдобар можен начин за да се добијат потребните информации кои понатаму ќе доведат во правилна дијагноза. Често пати пациентот може да се насочи на т.н. непотребни информации кои само ќе го потрошат времето.

Првиот впечаток кој пациентот ќе го стекне во консултацијата со докторт е неговата облека. Поради тоа потребно е да се направат норми за облекување на персоналот, кој ќе го воспостават професионализмот на установата. Така на пример, доколку се работи за деца, тие ќе се чувствуаат удобно доколку докторот не носи бел мантил и доколку тој е неформален во разговорот со децата.

Почетна врска-релација доктор пациент

При првата посета на пациентот важно е да се воспостави правилна релација пациент доктор. На овој начин, докторот може да демонстрира почит, интерес и грижа за пациентот. При иницијалната визита, докторот треба да се поздрави со пациентот, да се претстави на кратко и која е неговата улога.

Пример за започнување на разговор

Добар ден, јас сум Д-р Влатко Крстевски. Јас сум специјалист по семејна медицина и работам во оваа установа. Би сакал да поразговарам со Вас за Вашата здравствена состојба.

Комуникација не треба да биде само вербална, туку потребно е да се користи говор на телото, особено изрази на лице како и контакт со очи. Првата комуникација потребно е

да се искористи за да се добие и потврди името на пациентот и со кое име сака да му се обраќа. Некои од лицата сакаат да бидат именувани со име, додека други со презиме.

Идентификација на проблеми и грижи

Ова претставува важен дел каде би требало да се идентификуваат проблемите и грижите кои пациентот ги има. Докторот може да започне со прашање за проблемите на пацинетот со користење на т.н. отворени прашања, како на пример: ве молам кажете ми која е причината поради која дојдовте кај нас?. Овие прашања се наменети за да се отвори поле на истражување, но во ист момент да му дозволи на пациентот со свои зборови да ја образложи причината и грижата кои ги има. Затворените прашање се однесуваат со прецизен одговор како на пример да или не.

Понекогаш, пациентот има повеќе од една грижа или проблем за кој сака да разговара. Распоредот по кој пациентот ги кажува проблемите не мора да значи и редослед на важноста на истите. Поради ова, многу е важно при поставувањето на отворени прашања, докторот да го остави пациентот да се искаже целосно, бидејќи можеби некој дел од исказот е побитен за докторот за да може да ја процени здравствената состојба. Често пати, докторот знае да го прекине пациентот да се искаже, иако најчесто луѓето тоа го прават за помалку од 60 секунди.

Откако докторот ќе го идентификува проблемот, добро е тој да го повтори во кратки реченици за да добие потврден одговор од страна на пациентот. По искажувањето на пациентот, може да се постават дополнителни прашања кои ќе го насочат пациентот дали навистина заборавил нешто да каже, како на пр: дали сакате уште нешто да додате или евентуално да дискутирате? Доколку докторот запишува во картон или користи компјутер, потребно е да се одржува визуелен контакт со пациентот.

Знаци и симптоми
В.Р. 45 години, наставник
• Губење на телесна тежина (8 кг) во последните 3 месеци
• Често мокрење ноќно време
• Зачестено пиење вода
• Омалаксаност и губење на концетрација

4.1.2 2. Собирање на информации

Во овој дел докторот потребно е да ги испита и идентификува знаците и симптомите на пациентот и да направи корелација на истите.

Собирањето на информации претставува детално истражување на проблемите на пациентот од биомедицински и психосоцијален аспект. Овој дел е еден од најважните задачи на докторот во алката за поставување дијагноза и план за терапија. Докторот треба да користи ралични методи и вештини за да го охрабри пациентот во целост да се искаже и при тоа да се одржи структурата и времето на консултацијата. Ова е многу битно, бидејќи докторот може да се изгуби во консултацијата и при тоа да не се соберат правилните информации за здравствена состојба на пациентот. Начинот на поставување на прашањата имаат огромен дел во правилно одвивање на консултацијата. Добивањето на релевантни информации од страна на пациентот се

важни во создавање на точна дијагноза. Пациентот треба да почуствува дека докторот се грижи за него и дека добиените информации ќе бидат ценети и евалуирани. Докторот треба да знае дека најчесто пациентите немаат знаење од анатомија, физиологија или патофизологија, при што треба да се користи соодветен и разбирлив јазик.

Пет важни аспеки во собирање на информации

• поврзаност на орган со симптоми
• најверојатна причина за симптоми
• предиспонирачки ризик фактори
• компликации
• идеи, грижи иочекувања од пациентот

При собирањето на информациите потребно е да се користат отворени и затворени прашања. Во почетокот подобро да се започне со отворени прашања а во тек на разговорот да се користат затворени прашања за до може да се прецизираат определени аспекти за здравјето на пациентот.

Видови на прашања

Отворени прашања

• Ве молам објаснете ми за вашето губење на килограми.
• Што најмногу ве загрижува околку болките во стомакот?

Затворени прашања

• Дали зачестеното мокрење е само ноќно време?
• Дали омалаксаноста влијае врз вашата концетрација?

При собирањето на информациите треба да се повторат истите информации за да се потврди релевантноста на знаците и симпотмите од страна на пациентот

Биомедицински аспект

Прашањата кои се однесуваат на биомедицинскиот аспект се базирани на евалуација на разни причини кои може да ги предизвикаат определените симптоми.

Симптомите на определен орган имаат типична локализација и карактеристики, како на пример болка во гради може да биде предизвикана од срце, бели дробови, хранопровод и слично, но исто така тие може да се разликуваат. Во овој дел потребно е да се направи локализација на симптомот, негово појавување или смирување, фактори кои влијаат на почесто појавување на симпомот или негово смирување.

Проценка на болка

• Вид
• Место
• Ширење
• Периодична или константна
• Фактори кои смируваат
• Фактори кои предизикуваат
• Поврзани симптоми

При проценка на болката потребно е да се дефинира квалитетот и кванитетот на истата која е важна за проценка на органот кој може да ја предизвика. Често пати, пациентите тешко можат да го опишат квалитетот на болката и поради тоа е потребно помош од страна на докторот со прашања или листа на зборови кои можат да помогнат во дефинирањето (зуење во уши, промена на глас и сл.). Некои пациенти не можат да да ја проценат тежината на болката. Во овој случај, докторот треба да му понуди нумеричка скала за болка од 1-10 за евалуација на степенот на болката од страна на пациентот.

Психосоцијален аспект

Собирањето на информации од психосоцијален аспект се базирани на прашања наменети за пациентот кои се однесуваат на идеи, грижи, очекувања и ефекти на проблемот на неговиот квалитет на живот.

Пример за психосоцијален аспект на прашања поврзани со главоболка

- Што најмногу ве загрижува околу вашата главоболка?
- Што размислувате дека ја предизвикува главоболката?
- Дали постои определен лек кој може да ви помогне?
- Какво влијание има главоболката на вашиот секојдневен живот?

На некои лица им е тешко да зборуваат за нивните чуства поврзани со определени знаци и симптоми. Во овој случај, докторот треба да има подржувачка улога и да го охрабри пациентот да се искаже.

Собирањето на информации од психосоцијален аспект се базирани на прашања наменети за пациентот кои се однесуваат на идеи, грижи, очекувања и ефекти на проблемот на неговиот квалитет на живот. Така на пример, доколку пациент има губење на воздух, потребно е да се праша дали тие се поврзани со движење, одмор, ноќно време. Во овој случај потребно е да се направи комбинација на биомедицински и психосоцијални информации, кои понатаму ќе користат при евалуацијата на пациентот.

Останати и претходни информации

Докторот треба да ги земе во предвид и останатите, односно претходните здравствени информации кои може да помогнат во консултацијата. Овие информации се однесуваат на персонална, фамилијарна историја, претходна медицинска историја како и историја за лекови и алергии. Овој дел се однесува на анамнеза на пациентот.

Фамилијарната историја може претставува важен дел во консултацијата бидејќи дел од знаците и симптомите може да бидат поврзани со истата. Треба да се земат во предвид и ризик факторите кои може да доведат до определен здравствен проблем.

Најчести фамилијарни нарушувања

- Дијабетес мелитус
- Хипертензија
- Хиперлипидемија
- Миопија
- Алкохолизам

• Депресија
• Остеопороза
• Тумори

Персоналната и социјална историја се однесува на образованието на пациентот, претходните и сегашното вработување, користење на одмор и услови н работа. Овие фактори исто така може да влијаат врз здравствена состојба на пациентот. Исто така треба да се земе во предвид и консумирањето на алкохол и цигари.
Доколку се работи за определено инфективно заболување треба да се земе во предвид и евентуално претходно патувањето во странство.
Состојбата во домот исто така има влијание врз целокупната здравствена состојба и дали постои поддршка од најблиските.
Претходните заболувања треба да се евидентираат и да се проценат дали има нивна поврзаност со сегашпната состојба. Претходната историја на лекови може да помогне дали лековите помогнале во лекувањето или биле користени само за намалување на болката и симптомите.

Во понатамошниот дел од консултацијта потребно е да се посвети време на системите, бидејќи на овој начин ќе се избегне можноста некој симптом или знак да биде заборавен од страна на пациентот. Редоследот на испитувањето е различен при што треба да се опфатат следниве системи:

- Кардиоваскуларен систем
    - Градна болка
    - Диспнеја
    - Оток на нозете
    - Палпитации
- Респираторен систем
    - Кашлање
    - Хемоптизија
    - Болка
- Гастроинтестинален
    - Телесна тежина
    - Отежнато голтање
    - Абдоминална болка
    - Констипација
- Генитоуринарен систем
    - Мокрење
    - Болка
    - Менструации
    - Сексуална активност
- Нервен систем
    - Главоболка
    - Концентација
    - Вертиго
    - Говор
    - Меморија

- Кранијални нерви
    - Вид
    - Диплопија
    - Глувост
    - Дисфагија
    - Ослабена моторика на нозе
    - Координација
- Ендокринолошка историја
- Мускулоскелетен систем
- Кожа и лигавици

Определени ситуации

Пациент со депресија или демеција. Во овој случај собирањето на информациите може да претставува проблем. Пациентите со депресија може да живеат со определен проблем како со е несоници или губење на апетит, како и да се двоумат да дискутираат за нивното расположение или промена на расположение. Докторот треба да процени дали имало обид за самоубиство или самоповреда. Лицата со деменција не можат секогаш да се сетат на определени знаци и симптоми. Во овој случај при консултацијата треба да се користат најблиските лица, како што се членови на фамилија, соседи и слично.

Непријателски расположен пациент. Доколку пациентот е непријателски расположен кон докторот, тогаш тој треба да се повлече малку и да го искористи своето искуство за да се обиде да ги најде причините за ваков вид на реакција. Реакцијата може да биде лутина поради болест, одвојување од фамилијата или работата. Во овој случајпостои можност да се затвори интервјуто и да се насочи енергијата кон создавање на позитивна атмосфера и создавање на пријателска врска меѓу двете страни.

Временска рамка. Лимитираното време за консултација може да го попречи процесот на консултацијата и поради тоа докторот треба да го користи своето искуство се цел да се прилагоди и да го задржи вниманието и времето наменето за консултација. Консултациајта треба максимално да се искористи за комуникација со пациентот. Важноста на информациите кои ги дава пациентот понекогаш може тешко да се проценат. Во овој случај, најбитно е да се процени дали знаците и симптомите се од ургентна важност или не, и дали има време за да продолжи консултацијата или е потребно да се превземат определени ургентни медицински протоколи.

4.1.3 4. Објаснување и планирање

Откако ќе се соберат информациите и ќе се направи физикален преглед, докторот потребно е да ја објасни здравствена состојбата на пациентот, како и се што треба да се превземе. Докторот треба да користи едноставен и разбирлив јазик и доколку пациентот не го разбира, треба да застане и да се дискутира и разјасни определен аспект. При објаснувањето докторот треба да биде сигурен дека пациентот го разбрал. Докторот може да се праша за претходно знаење на пациентот за определена болест и

дали е потребно разјаснување. Докторот може да изнесе дополнителни информации кои може да бидат од корист како што се етиологија, прогноза и сл.

Објаснувањето треба да биде поделено на неколку секции во зависност од состојбата. Потребно е да се користи логичен пристап. На пример може да се користат експлицитни реченици како што се: Постојат три важни аспекти кои треба да се земат во предвид за вашето здравје. Како прво....

Во објаснувањето може да се повторат некои аспекти за истите да се разјаснат. Исто така може да се користат дијаграми, напишани инструкции, модели и сл. Докторот треба да биде сигурен дека пациентот ја разбрал информацијата при што може до замоли пациентот да повтори што треба да се превземе.

Наредниот чекор е превземање на информацијата од страна на пациентот. Сите претходни објаснувања, идеи, грижи и очекувања треба да бидат поставени во определена рамка. Докторот треба да постави атмосфера за да може пациентот да биде интерактивен, односно да може да поставува прашања и да бара разјаснување на дилемите кои ги има. Во овој дел докторот може да користи вербални и невербални знаци за да биде сигурен дека пациентот го разбрал.

Планирањето треба да биде насочено како сугестија а не како директива. Интерактивниот однос меѓу пациентот и доктор може многу да помогне. Пациентот треба да се охрабри за да биде активно вклучен во планирањето и да даде свои идеи, сугестии и сл. Потребно е планот да биде заеднички донесен.

Често пати, докторот може да го охрабри пациентот за тој да направи избор во одлуката во зависност од неговите желби и очекувања.

На крај од планирањето, потребно е планот да биде прифатен од двете страни.

4.1.4 5. Затворање на консултацијата

Ова претставува завршиот дел од консултацијата. Докторот треба да ги потврди наредните чекори кои треба да се направат, при што се објаснува можниот несакан исход и се што треба да се превземе доколку планот не делува и кога е потребно да се побара помош. Докторот треба да биде јасен и концизен во препораките кои што ќе му ги даде на пациентот за тој да се почувствува сигурен. Доколку постојат отворени прашања, истите треба да се дискутираат за да може да се превземат сигурни чекори до следната визита.

Затворањето на консултацијата треба да ја сумира целокупната консултација на кратко и да се евалуира направениот план за грижа.

Пациентот треба да се сложи со планот и да се чувствува безбедно и удобно. Доколку постојат отворени прашања, тие треба да се дискутираат и да се разјаснат.

КАКО ЗАКЛУЧОК

- Добриот доктор е клиничар со знаење за поставување на дијагнозаи третман, но исто така треба да ја разбере комплексноста на интеракција и релација доктор-пациент, за да може двете страни да се разберат за време на консултацијата.
- Односот на доктор кон пацинет треба да биде пријателски во една мирна и тивка атмосфера. Првиот момент се однесува на воспоставување на добар однос меѓу двете страни.
- Развивање на вештините во консултацијата со анализа на истата бара време и самокритика.
- Анализа на консултацијата овозможува подлабока анализа, при што докторот може да ги подобри своите вештини.
- Вештините во консутлацијата треба да се практикуваат и да се надградуваат. Ова се однесува на сите доктори не само на докторите од семејна медицина.

Литература

1. Smith R; Thoughts for new medical students at a new medical school. BMJ. 2003 Dec 20;327(7429):1430-3.
2. Pendleton D, Schofield T, Tate P & Havelock P; The Consultation: An Approach to Learning and Teaching: Oxford: OUP. 1984
3. Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A et al; Consultation in general practice: a standard operating procedure? Patient Educ Couns 2004 Aug;54(2):227-33
4. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, et al; Quality at general practice consultations: cross sectional survey. BMJ. 1999 Sep 18;319(7212):738-43. [abstract]
5. Ogden J, Bavalia K, Bull M, et al; "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. Fam Pract. 2004 Oct;21(5):479-83. [abstract]
6. Balint M; The doctor, his patient and the illness. Churchill Livingstone; First published 1957, update 1964
7. Byrne PS, Long BEL; Doctors talking to patients. Royal College of General Practitioners, 1984
8. Stott NC, Davis RH; The exceptional potential in each primary care consultation. J R Coll Gen Pract. 1979 Apr;29(201):201-5.
9. Neighbour R; The inner consultation: How to Develop an Effective and Intuitive Consulting Style. 2nd ed. Radcliffe Medical Press. 2004
10. Tate P. The Doctor's Communication Handbook. 6th ed. Radcliffe Medical Press.2010. First edition published 1994.
11. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, et al; Communication patterns of primary care physicians. JAMA. 1997 Jan 22-29;277(4):350-6. [abstract]
12. Calgary Cambridge guide to the medical interview - communication process, Dec 2006
13. Kurtz S, Silverman J, Benson J, et al; Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med. 2003 Aug;78(8):802-9. [abstract]
14. Bub B; The patient's lament: hidden key to effective communication: how to recognise and transform; Medical Humanities 2004;30:63-69; Overview of how to turn moaning during consultation into a useful therapeutic and diagnostic tool
15. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford)
16. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press (Oxford)
17. The Consultation, RCGP Curriculum Statement #2 (revised March 2009)

5 ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТАП

Доц Д-р Гордана Китева-Тренчевска

- Во еден прилог на ТВ се прикажува човек со белодробен карцином. Тој изјавува дека престанал да пуши пред 20 год, но повторно започнал по нападот на 11. 09. 2001 г

- Една обезна жена со дијабет изјавува дека не може да оди во своето соседство бидејќи има премногу уличен криминал и дека не може да си дозвили да членува во некоја сала за вежбање

- Еден млад човек се враќа од војната во Ирак и не може да спие поради постојаните мисли за војната

- Една самохрана мајка ги губи работното место и здравственото осигурување и веќе не зема рецепти за антихипертензивни лекови

Психосоцијалните фактори влијаат врз здравјето. Проценатa и третирањето на пациентите на начин со кој се интегрираат психосоцијалните и биолошките аспекти на здравствената состојба е суштина на семејната медицина и еден од нејзините најголеми предизвици.

Да се знае каква личност има болест е исто толку значајно како да се знае каква болест има едно лице! (Smyth FS)

Холистичкиот пристап во клиничката пракса на семејниот лекар претставува една од **основните компетенции** во практикување на семејната медицина. Оттаму произлегува потребата од **едукација** на семејниот лекар за примена на холистичкиот пристап во секојдневната клиничка пракса. Семејниот лекар во процесот на едукација ги гради своите компетенции за обезбедување здравствена заштина на примарно ниво. Но и секој дипломиран лекар, независно на кое ниво на здравствена заштита ја обавува својата клиничка пракса, треба да биде едуциран за холистичкиот пристап во менеџирање на здравствените проблеми на пациентите. Оттаму произлегува потребата од едукација на студентите по медицина на примена на холистичкиот пристап во клиничката пракса. Затоа холистичкиот пристап се вклучува во курикулумите на медицинските студии. Истражувањата на ова поле упатуваат на потребата од понатамошен развој на курикулумите за студентите по медицина заради подобра едукација на студентите по медицина на холистички пристап.

ДЕФИНИЦИЈА

Холистичкиот пристап на лекарот во односот со пациентот претставува однос при кој лекарот се интересира за сите аспекти на животот на пациентот, а не само за биомедицинскиот аспект на неговиот медицински проблем. Холистичкиот пристап подразбира однос меѓу лекарот и пациентот при кој за лекарот од голема важност се

психолошкиот и социјалниот аспект од неговиот живот кои лекарот ги гледа како интегрален дел од животот на пациентот. Познавањето на психолошкото и социјалното функционирање на пациентот, му помагаат на лекарот во менеџирањето на медицинските проблеми на пациентот и тоа: 1. во процесот на дијагноза на одредени медицински проблеми, во согледување на потеклото на одредени медицински проблеми, во објаснување на одредени медицински проблеми; 2. во процесот на третман на медицинските проблеми, во донесување одлука за методите за третман. Тие методи може да бидат различни и тоа: 1. медикаментозен третман со препорака на лекови или 2. немедикаментозен третман, со совет за промена на стилот на животот, со промена на одредени штетни навики и практики, со совет за зголемена физичка активност, со совет за промена на начинот на исхрана, регулирање на циклусот на будност и спиење, организирање на времето за работа, одмор, релаксација и сл.

Холистичкиот пристап наложува лекарот во релација со пациентот да се запознае со неговото психолошко функционирање. Тоа се однесува на запознавање со: 1. **мислите** на пациентот, неговите идеи, погледи, сфаќања, ставови, очекувања; 2. препознавање на **емоциите** на пациентот, на пр. препознавање на неговите стравови во врска со здравјето и здравствените проблеми, откривање на реакција на стрес кај пациентот, или препознавање на депресивно расположение, со емотивните консеквенции врз волјево-нагонските динамизми, на пр. негативизам кон мерките за подобрување на здравјето, кон придржување на терапијата, или индиферентност кон перспективите на неговата здравствена состојба; 3. Препознавање на обрасците на **однесување** на пациентот кон самиот себе, кон фамилијата, работната средина, кон лекарот и воопшто кон поширокаата околина.

Сите елементи на психолошкото функционирање (мислите, емоциите, однесувањето) се интегрален дел од животот на пациентот и тесно се поврзани со неговото здравје и медицински проблеми. Помеѓу нив постои взаемно влијание. Како што психичкото функционирање влијае на здравјето, така и здравствените проблеми влијаат на психолошкото функционирање. Една реакција на стрес, а уште повеќе и нарушеното психолошко функционирање негативно влијаат на здравјето на пациентот и создаваат здравствени проблеми. Постоење на медицински проблем, вообичаено доведува до промени во психолошкото функционирање. Холистичкиот пристап во менеџирање со пациентите наложува откривање, истражување, согледување на овие вземни врски меѓу психичкото функционирање и здравствените проблеми. Но тоа е само еден аспект од холистичкиот пристап во релацијата меѓу лекарот и пациентот.

Другиот аспект од холистичкиот пристап во релацијата меѓу лекарот и пациентот е запознавање со социјалното функционирање на пациентот. Пациентот е личност со свои културелни карактеристики, кои имаат влијание на здравјето на пациентот, на пр. одредени навики, стил на живот кои ги наметнува културата на која пациентот припаѓа може да објаснат одредени здравстени проблеми и да влијаат на одлуките на лекарот за методите на третман на здравствените проблеми. Пациентот како единка во средината во која живее, работи, создава интерперсонални релации. Овие интерперсонални релации од своја страна може да влијаат на здравјето на пациентот, исто како што здравјето влијае на интерперсоналните односи и социјалните комуникации што ги гради пациентот во средината во која живее и работи. На пр. лоши интерперсонални односи може да се причина за одредени здравствени проблеми, како хронична главоболка, несоница, депресија, агресивност и насилно однесување и сл. Но и здравствените проблеми можат да провоцираат промени во интерперсоналните односи, на пр. да предизвикаат кај членовите на фамилијата одбивност, или напротив, поголемо внимание кон грижата за пациентот, сочуствителност, подршка. Вака различните социјални релации на пациентот со

средината може да имаат различно влијание на здравјето на пациентот, било негативно или позитивно. Со холистички пристап кој подразбира откривање и препознавање на социјалните релации на пациентот со средината и нивното влијание врз здравјето, лекарот кој се грижи за здравјето на пациентот, донесува одлуки за начинот на лекување, дава совети, предлага мерки кои се во интерес на здравјето на пациентот. Холистичкиот пристап во однос на откривање на социјалните аспекти од животот на пациентот се однесуваат и на условите за живеење. На пр. пациентот има егзистенцијални проблеми, финансиски проблеми, има сиромашни услови за живеење. При тоа лекарот не е одговорен за решавање на овие проблеми од социјалното живеење, но имајќи ги во вид социјалните проблеми, може да донесува одлуки за соодветни начини на третман на пациентот.

Холистичкиот приод на лекарот во релација со пациентот при дијагностицирање и третирање на здравствените проблеми означува интеграција на биомедицинските, психолошките и социјалните аспекти од животот на пациентот. Ваквата интеграција на биолошките, психолошките и социолошките фактори во научното разбирање на патофизиологијата и патогенезата на болестите може да ги открива промените од молекуларно се до социјално ниво и може да овозможи сеопфатен, холистички третман на болестите. Биолошките ризик фактори секако влијаат делумно на исходот од третманот. Но и психосоцијалните фактори имаат влијание во етиологијата, патофизиологијата и третман на многу хронични болести како: 1. кардиоваскуларни, 2. карциноми, 3. гастроинтестинални, 4. инфективни болести, 5. опоравување по хируршка интервенција, 6. во придржувањето на тераписките препораки и оптималната грижа за пациентот.

И покрај важноста од едукација на студентите по медицина на холистички пристап во клиничката пракса, застапеноста на холистичкиот пристап во курикулумот на студентите по медицина, истражуван во САД се уште е недоволна. Недоволната едукација на лекарите може да влијае и на појавата пациентите да ги посетуваат претставниците на алтернативната медицна, бидејќи лекарите кои се неедуцирани на холистички пристап во клиничка пракса, не ги задоволуваат барањата и потребите што ги имаат пациентите на план на интергален холистички пристап во дијагнозата и третманот на болестите.

ИСТОРИЈАТ

Холистичкиот пристап во клиничката пракса како модел на медицинска пракса има свој почеток во делото на George Engel. Тој предлага биопсихосоцијален модел на клиничка пракса, наместо дотогашниот биомедицински модел на клиничка пракса, каде биолошките фактори се испитуваат и лекуваат, а занемарени се психосоцијалните факто ри во етиологијата, патофизиологијата и одлуката за третман на пациентот. George Engel ги објавува своите согледувања, базирани на емпирија во Science 1977 год.. Термините холистички пристап, биопсихосоцијален модел се користат со исто значење. George Engel го критикува дотогашниот биомедицински модел на медицинска пракса кој базира на аналитички, редукционистички метод според кој болестите се објаснуваат со биомедицински промени на клеточно и молекуларно ниво. Тој предлага алтернативен биопсихосоцијален моедел на клиничка пракса, како поточен модел во кој биолошките фактори се интегрирани со психолошките и социјалните фактори. Тој ја истакнува улогата на психолошките и социјалните фактори како важни чинители во патогенезата и патофизиологијата на болестите и предлага сеопфатен приод, со вклучување на психолошките и социјалните фактори, заедно со

биолошките за превилно и точно разбирање и третирање на болестите. Тој смета дека биопсихосоцијалниот модел овозможува похуман пристап во разбирањето на страдањата на пациентите, за разлика од дехуманизираниот, студен, технички биомедицински модел кој ги анализира болестите независно од личностите, на тој начин разделувајќи го телото на пациентот од неговата личност со своите психички карактеристики (емоции, мисли, однесувања) и социјални карактеристики (култура, религија, општествен статус). Според биопсихосоцијалниот модел појавата на болест е резултат на интеракција на различни фактори и тоа: биолошки, психолошки и социјалните фактори. Според овој модел психосоцијалните фактори имаат поголема улога за одредување на тежината, текот и исходот на болеста отколку што се сметало претходно според биомедицинскиот модел. Плацебо ефектот е добар пример за влијанито на психосоцијалниот фактор на текот и исходот на болеста. Според биопсихосоцијалниот модел психосоцијалните фактори можат некогаш да доведат до здравствени проблеми и болести со биохемиски проблеми во телото. Според биопсихосоцијалниот модел телото е неразделен дел од личноста со своите психосоцијални карактеристики. George Engel го критикува линеарниот модел за причините на морбидитет, според кој постои линеарен однос причина-ефект. Тој смета дека клиничката реалност е комплексна и дека за појавата, текот и исходот на одреден морбидитет потребна е интеракција на мултипли причински фактори: биолошки, психолошки, социјални. Затоа George Engel предлага лекарите да ги проценуваат биолошките, психолошките и социјалните фактори кај пациентите за да ги разберат и ефективно да го третираат здравствените проблеми и болестите на пациентите.

Пример: на еден несреќен случај на работно место може да се гледа дека е резултат на социјални фактори (лоша работна опрема), или психолошки фактори (намалено внимание) или на биолошки фактори (намалено ниво на шеќер во крвта). Слично, овој несреќен случај може да има влијание врз пациентот и да предизвика биолошки промени (повреда на внатрешни органи), психолошки промени (пр. страв, немир и сл. страдања), или социјални промени (загуба на доход). Зависно од ситуацијата, лекарот треба да интервенира кон една, две или кон сите овие промени настанати од несреќниот случај. За да постапи ефективно, лекарот треба да воспостави добар однос со пациентот, за да го разбере пациентот и да ги запознае проблемите што го мачат во дадената ситуација.

Биопсихосоцијалниот модел не го гледа пациентот како пасивен објект за евалуација. Холистичкиот пристап подразбира хумана димензија во односот лекар-пациент. Лекарот го гледа пациентот како субјект кој страда и кој активно учествува во процесот на клиничко менеџирање на своите здравствените проблеми, заедно со лекарот.

ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТАП ВО КЛИНИЧКА ПРАКСА

Покрај George Engel и други истражувачи го прифаќаат биопсихосоцијалниот модел на клиничка пракса и моделот за комплексност како причина за морбидитет. Иако оттогаш па до денес се водат дебати за предноста и слабоста на биопсихосоцијалниот модел на клиничка пракса, овој модел наоѓа примена во клиничката пракса.

Пример:

Со моделот на комплексна циркуларна причинска врска се објаснуваат морбидитети преку feed-back механизми

Пример 1. обезноста доведува до diabetes и arthritis, обезноста и артритот ја намалуваат физичката активност, тоа доведува до покачување на нивото на холестерол во крвта и покачен крвен притисок и сите заедно, освен артритот допринесуваат за манифестирање на срцев или мозочен удар, тоа може да доведе до депресија, а депресијата да го зголеми ризикот за повторен срцев или мозочен удар.

Пример 2. Пациентот Икс има покачен крвен притисок поради конзумирање многу сол, поради тоа што има стресна работа, нема социјална подршка и има премногу одговорна личност. Ако при препорачување на третман со земање антихипертензивни лекови, или диета со малку сол, или третман на стресот , или третман од психолог, се даде предност на некој третман, тогаш се воспоставува хиерархиски модел на причинска поврзаност со морбидитетот, наместо циркуларен модел.

Особено важна е примената на биопсихосоцијалниот модел на клиничка пракса во семејната медицина, како една од основните компетенции на семејниот лекар. Според биопсихосоцијалниот модел, медицинските проблеми се испреплетени со психолошки и социјални проблеми на пациентот. Лекарот треба да ја препознае природата на проблемите, потеклото на медицинските проблеми, со примена на холистички пристап и да донесе одлука за начинот на третман на пациентот. Во фамилијарната медицина, пациентот често го посетува пациентот за да добие од лекарот потврда дека неговите здравствени проблеми не се од сериозна природа. Во фамилијарната медицина третманот на пациентот често пати не се состои од апликација на лекови, туку се применува немедикаментозен третман, како на пример совет за начин на исхрана, за физичка активност и сл. Во фамилијарната медицина постои континуирана врска лекар пациент, индивидуален приод, лекарот ја познава фамилијата на пациентот, работната средина, навиките, друштвото со кое комуницира, обврските што ги има, стилот на животот, ја знае религиозната етничка и културна припадност на пациентот, гради ефективен доверлив однос лекар- пациент. Овие околности овозможуваат холистички пристап на семејниот лекар во процесот на поставување на дијагноза, при диференцијалната дијагноза, при одлуката за третман.

Со практицирање на биопсихосоцијалниот модел во клиничката пракса, тој се развива понатаму. При воспоставување на биопсихосоцијална релација лекар-пациент, важно е лекарот да има способност: 1. да го слуша пациентот, 2. способност да објаснува, 3. способност да го прифаќа пациентот, 4. способност да дава соодветни препораки за пациентот, 5. способност да преговара со пациентот, за најсоодветниот третман за него. Пациентот е под влијание на начинот на кој лекарот го евалуира, затоа е важно лекарот да го ислуша пациентот.

ПОЗИТИВНА МОЌ НА ЛЕКАРИТЕ

Лекарот имаат моќ да влијаат врз своите пациенти. Социолозите идентифицираат 5 и тоа:

1. Моќ за наградување - препишуваат лекови за подобрување на здравјето, за
   отстранување на тегоби, даваат препораки за подобрување на квалитетот на животот;
2. Принудна моќ – одредуваат хоспитализирање, одобрување или неодобрување на одредено однесување
3. Експертска моќ – пациентите го прифаќаат лекарот како професионалец

4. Референтна моќ – лекарот е афторитет за пациентот
5. Легитимна моќ – лекарите во интерес на пациентот и општеството можат да забранат управување со возило, да сместат во притвор во психијатриска установа, да дадат дозвола за отсуство од работа

Поради моќта што ја имаат лекарите во однос на своите пациенти, лекарот треба да го слуша пациентот внимателно и внимателно да интерпретира околу неговите тегоби. Лекарот со своите сугестии и препораки до пациентот може да ја смени реалноста на пациентот, може да создаде поинаква слика за пациентот. Затоа лекарот треба да биде внимателен и адекватен во интерпретациите и препораките. Тој не смее да го осудува пациентот или фамилијата, бидејќи со тоа може да ја влоши здравствената состојба на пациентот, на пр. ако му предизвика чуство на кривица, може да го доведе до состојба на депресија, суицидалност. Пр. " Само да не пушеше толку, немаше ..." или "Фамилијарната кавга предизвика срцев удар..." ,или " Кавгите ти ја влошуваат вртоглавицата" . Лекарот треба да ги направи пациентот и неговата фамилија свои соработници, активни учесници во процесот на менеџирање со болеста. Тоа може да се постигне ако им даде можност за рефлексија.

ДИЈАЛОГ ЛЕКАР- ПАЦИЕНТ

Клиничката евалуација на пациентот нема за задача само да постави биомедицинска дијагноза на болеста, но да ги дознае грижите на пациенто, неговите ставово кон болеста и третманот, неговите очекувања од исходот. Тоа се постигнува преку дијалог лекар-пациент, при кој лекарот и пациентот вземно се разбораат. Лекарот покажува интерес, грижа за пациентот, покажува разбирање, отвореност за сите мисли, емоции, ставови и очекувања на пациентот, демонстрира емпатија, толеранција, респект за пациентот. Лекарот има за задача да ја открие природата на пациентот, заедно со пациентот. Но тоа не значи дека лекарот некритично ќе прифати се што ќе каже пациентот, или дека ќе одбие да прифати и ќе негира симптоми од пациентот што не може да ги објасни. Лекарот треба да знае да ја воспостави и одржува врската со пациентот, да не го етикетира пациентот како "тежок пациент" , или "пациент со кој добро ми оди". Лекарот треба да развие проактивна улога, заедно со пациентот, во кој случај се надминува агресивноста и непријателските ставови меѓу лекарот и пациентот и се создава отворен однос на разбирање и доверба . Така се откриваат сите биопсихосоцијални фактори кои влијаат на појавата, текот и исходот на болеста.

АФТОМОНИЈА НА ПАЦИЕНТ- ИМПЛИКАЦИИ

Пациентот има право на афтономија да учествува во клиничката одлука. Пациентот сам одлучува што е најдобро за него, но најдобро е таа афтономија да е поткрепена со подршка од фамилијата и со информации за можните опции за клиничка одлука дадени од лекарот. Таква афтономија е од корист за пациентот. Тогаш тој не се чуствува отфрлен од лекарот и од фамилијата и препуштет самиот на себе при донесување на клиничка одлука.

СОЦИЈАЛНА СРЕДИНА

Релацијата лекар – пациент може да доведе и до трансформации во социјалната средина на пациентот. Но затоа најпрво е потребно лекарот да ги разбере социјалните околности на пациентот, да ги запознае и да се адаптира на социјалните и културните норми на пациентот, пред да се обиде да препорачува промени во социјалната средина на пациентот. На пр. во случај на постоење на семејно насилство, пациентот може да се случи од лекарот да побара само помош за санирање на раните. Но ако лекарот при тоа претпостави дека се работи за семејно насилство, тој треба да понуди помош и на тој план. Сепак во односот меѓу лекарот и пациентот треба да се земе во обзир согласноста од пациентот за било какви промени во социјалната средина. Одложување на одредени промени во социјалната средина, како на пр. напуштање на таа средина од пациентот, ако се на барање на пациентот, со цел за негова безбедност, не значат индиферентен однос на лекарот кон пациентот. Напротив, заедничкото одлучување на лекарот и пациентот во донесување на таквите одлуки, можат замо да ја засилат врската меѓу лекарот и пациентот.

БИОПСИХОСОЦИЈАЛЕН МОДЕЛ- КЛИНИЧКА АПЛИКАЦИЈА

Клиничката апликација на биопсихосоцијалниот модел довело до развивање на овој модел. Borrell-Carrio и соработниците 2004 год предлагаат реформулација на некои од основните принципи на биопсихосоцијалниот модел при негова примена во клиничката пракса, кои се однесуваат на грижата, довербата и отвореноста кои треба да се воспостават и да се одржуваат во односот на лекарот и пациентот.

1. Калибрирање (подесување), подготовка на лекарот на односот лекар-пациент
   Како што се калибрира, подесува, подготвува еден инструмент за да даде добра изведба при настап на музичар, така треба да се подготви докторот за да воспостави адекватна релација лекер-пациент за холистички пристап. Тоа подразбира дека докторот треба да е способен да врши самонадзор на своите постапки на релација лекар- пациент. Во тој однос лекарот треба да покаже константна будност, разборитост, способност за внимателно насочено опсервирање на биопсихосоцијалните фактори. Лекарот треба да развива критична љубопитност, флексибилност, достапност. Во таков случај лекарот ќе биде способен, вешт да постапува со сочуство за пациентот, да разликува што пациентот вели, од тоа што му треба, да добие точни податоци од историјата, да ги препознае точните емоции кај пациентот за да може да влијае на однесувањето на пациентот.
2. Градење доверба
   Довербата е неопходна основа за солидна релација лекар- пациент. Ако постои во оваа релација, тогаш при консултациите постои срдечност, оптимизам, искреност. Во интерес на градење на доверба за функционална врска меѓу лекарот и пациентот, лекарот треба да знае да ги препознае своите емоции и да одлучи дали и кога да ги покаже пред пациентот. Примање на непријателски пациент со респект, значи дека емоциите на нерпијатество се од пациентот, а не од лекарот. Тоа создава услови за рефлексија кај пациентот и увид дека лекарот има респект кон него, а не нерпијателство.
3. Одржување на радозналост
   Радозналоста е една од основните потребни карактеристики за експертска клиничка пракса. Оваа радозналост и интерес за пациентот треба да вклучуваат

во себе емпатија. Оваа карактеристика на лекарот значи дека е тој отворен за секакви новости, дека ни еден случај не е затворен, дека лекарот има способност да очекува и нешто неочекувано. При тоа нема лоши и добри пациенти, интересни и досадни болести. Лекарот не си дозволува да биде конфорен и сигурен околу болестите на пациентите.

4. Препознавање на пристрасност
   Донесување на медицински одлуки засновани на медицина базирана на докази и интегрирано со сопственото клиничко искуство, без пристрасност во однос на пол, раса и др. фактори. Да не се случи прерано затварање на некој тежок, комплексен случај поради тоа што таков случај претставува додатен терет за лекарот.
5. Едукација на емоции
   Како што се учат знаењето и вештините, така постои метод за учење на емоциите. Толеранција на неизвесноста при донесување на одлуки во недостиг на комплетни информации е карактеристика на клинички експерти, за разлика од техничарите кои едноставно постапуваат по протоколи.
6. Користење на информирана интуиција
   Интуицијата е многу важна во клиничката пракса. Ако клиничарот при решавање на одреден случај има интуиција да не превземе одреден третман кој во дадениот случај нема објаснување зошто да не се примени, освен интуицијата на лекарот, добро е да се постапи према интуицијата. Лекарот треба да ги користи сите свои способности како и интуицијата во решавањето на клиничките проблеми.
7. Соопштување на клинички вести
   Соопштувањето на клинички вести треба да е на начин и на јазик разбирлив за пациентот и фамилијата. Информациите треба да се соопштуваат во мали делови, со брзина која може да се следи од пациентот и фамилијата. Прекумерните информации може да доведат до неразбирање на веста, а тоа да доведе до создавање на емоционална дистанца меѓу лекарот и пациентот.

НАТАМОШЕН РАЗВОЈ НА БИОПСИХОСОЦИЈАЛНИОТ МОДЕЛ НА КЛИНИЧКА ПРАКСА

George Engel го формулирал биопсихосоциичка модел на клиничка пракса како динамичен, интегративен, но дуалистичен поглед на човечкото искуство, во кој има взаемни влијанија на телото и умот. Најзначајниот допринос на George Engel со предлагање на биопсихосоцијалниот модел на клиничка пракса е во проширување на видикот на клиничарот. Овој модел повикува на промена на дотогашното разбирање на пациентот и неговите здравствени проблеми, со проширување на доменот на клиничките знаења за да се разбере потребата што ја има секој пациент во однос на здравствена грижа. Оваа промена подразбира надминување на биомедицинскиот модел на клиничка пракса и негова замена со биопсихосоцијален, холистички модел на клиничка пракса. Натамошниот развој на науката овозможува натамошна апликација на знаењата во клиничката пракса према потребата на секој пациент.

МОДЕЛОТ НА СТРЕС И СПРАВУВАЊЕ

Стресот се дефинира како настан од околината кој бара приспособување на создадените чуства на притисок врз човекот. Стресот се дефинира и како процес во кој барањата од околината го надминуваат капацитетот на приспособеност на организмот и доведуваат до биолошки и психолошки промени во организамот кои се ризик за настанување на болести. Отпорноста на стрес зависи од капацитетот на приспособување. Справувањето со стресот зависи од карактеристиките на личноста, од одбрамбените механизми на личноста. Справувањето со стресот може да се однесува на контрола на чуствата или да се однесува на справување со стресорот, при што енергијата не се насочува на чуствата, туку на решавање на проблемот, настанот што предизвикал стрес.

ЛИЧНА КОНТРОЛА

При стрес човекот може да ја загуби личната контрола. Со мобилизирање на силно чуство на лична контрола може да се намали влијанието на стресот врз човекот. Тоа може да се постигне со контрола врз однесувањето, контрола врз мислите (се заменуваат непријатни мисли со пријатни), контрола врз одлучувањето (при семејно насилство се донесува одлука да се напушти насилникот) и контрола на информациите со која се дознава на ефектите и последиците од стресниот настан, а запознавањето со настанот може да го намали стресогениот ефект.

ПОГЛЕД НА СВЕТ

Оптимистички поглед на свет има позитивен ефект во справување и исходот на здравјето. Спротивен е ефектот на песимистичкиот поглед на свет. Семејниот лекар кој ја мобилизира надежта кај пациентот поповолно влијае на исходот на болеста, од лекар кој нема таков приод кон пациентот.

ЛИЧНОСТ И СОЦИЈАЛНА ПОДРШКА

Карактеристиките на личноста и социјалната подршка имаат влијание врз здравјето и исходот на болеста. Издржливост е карактеристика на личноста која вклучува лична контрола, посветеност и предизвик. Издржлива личност е личност со силна контола, со посветеност на активностите и настаните и личност за која промените се предизвик за натамошен развој и приспособување на личноста. Издржливата личност е поздрава од неиздржливи лица. Социјалната подршка се однесува на подршката од фамилијата, пријателите. Таа се однесува на емотивна (со изразување на љубов, емпатија), материјална (финансиска или др. материјална) и информациска подршка (со давање совети и информации). Социјалната подршка го амортизира ефектот на стрес или доведува до ефектво справување со стресот и со тоа влијае на исходот по здравјето на човекот.

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ПРОБЛЕМИ ВО КЛИНИЧКАТА ПРАКСА

Лекарот во текот на својата клиничка пракса собира податоци на биолошките и за психосоцијални проблеми на пациентот. Овие податоци се однесуваат на возраста, полот, религиозната припадност, културата, образованието, семејството, социјалната средина, работната средина, финансиската состојба, животната околина, психолошкото функционирање. Информациите од разговорот со пациентот и фамилијата може да се надополнат со информации добиени од разни прашалници и скали за проценка (на депресија, когнитивни функции), со набљудување при домашна посета и сл. При обезбедување на здравствена заштита, лекарот ги употребува податоците за биолошките и психосоцијални фактори за да изнајде соодветни третмани за подобар исход по нивното здравје.Лекарот може да влијае на намалување на стресот, на обезбедување на социјална подршка, давање надеж, моделирање оптимизам, потсетување на успешно решавање на минати стресови и кризи.

ВАЖНИ ВРЕМИЊА ЗА ПСИХОСОЦИЈАЛНА ИНТЕРВЕНЦИЈА

Природните транзиции во текот на живото на пациентот и фамилијата се важни времиња за лекарот да даде упатства за соочување со природни транзиции во животот, да ги нормализира емотивните реакции во фамилијата, да даде социјална подршка, да обезбеди емпатиска подршка. Такви природни транзиции се: раѓање на дете во фамилијата, смрт на брачен другар.

Ефектите по здравјето на луѓето од домашно насилство, од злоупотреба на супстанции, од сиромаштија и егзистенцијални проблеми се откриваат со посветување на внимание на психосоцијалните фактори.

И пациентите со хронични болести се оптоварени со психосоцијални проблеми кои треба да бидат увидени и решавани од семејниот лекар. Целта е и хриничните болни да стекнат надеж и доверба дека се способни да се справат со својата медицинска состојба во услови на постоење на хронична болест.

ЗАКЛУЧОК

За да се обезбеди ефикасен биопсихосоцијален, холистички пристап во клиничката пракса, лекарот мора да ги познава пациентите, семејството, семејната , работната и животната средина, мора да ги познава добро биомедицинските фактори, да ги познава социјалните науки, психологијата на личноста и нејзиното однесување, а од голема важност е да се познава и самиот себе, своите знаења, вештини, ставови кои се важни за да обезбеди сеопфатна грижа за здравјето на пацинтите и да процени кога на пациентот му е потребен интердисциплинарен, дополнителен пристап и третман.

1. Литература

2. Р. Е. Ракел Учебник по семејна медицина, Табернакул 2010.
3. G. Engel The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-136
4. G. Engel The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980;137:535-544

5. TE Quill, H Brody Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. Ann Intern Med 1996; 125:763-769
6. RM Epstein Mindful practice in action I: technical competence, evidence-based medicine and relationship-centered care. Fam Syst Health 2003; 21:1-10.
7. RM Epstein, TE Quill, B. Alper Communicating evidence for informed decision-making. JAMA. 2004; 291:2359-2366
8. F Borrell- Carrio, AL Suchman, RM Epstein The biopsychosocial model 25 years later:principles, practice and scientific inquiry. Ann Fam Med 2004; 2:576-582
9. SR Waldstein, SA Neumann, MA Douglas et al. Teaching psychosomatic
    a. (biopsychosocial) medicine in United States medical schools:survey findings. Psychosomatic medicine 2001; 63: 335-343
10. JA Lieberman History of the use of antidepressants in primary care. The primary care companion. J Clin Psychiatry2003; 5(Suppl 7) 6-

6 ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТАП: ВОДЕЊЕ НА ХРОНИЧНИТЕ БОЛЕСТИ И МУЛТИМОРБИДИТЕТИ

Доц. д-р сци Билјана Герасимовска Китановска

СЛУЧАЈ

Пациентката М.С, на возраст од 68 години, има дијабетес мелитус веќе 15 години и прима терапија со инсулин. Од пред една година таа знае дека има и хронична бубрежна болест, периферна артериска болест, а пред 1 месец имала и мозочен удар. Хипертензијата не е задоволително регулирана, и понатаму постои и хиперлипидемија, а повремено и гликемијата е незадоволително регулирана. При последните лабораториски контроли, семејниот лекар и соопштил на М.С дека веројатно ќе биде потребно лекување со хемодијализа.

ВОВЕД

Според Светска здравствена организација, хроничната болест има една од следните карактеристики: неспособност за живот како последица на иреверзибилни патолошки промени, наложува специјална обука на пациентот за негова рехабилитација, или може да се очекува потреба од подолг период на надзор и грижа. Тоа се болести со долго траење и генерално, бавна прогресија.

Мултиморбидитетот означува постоење на најмалку две хронични болести кај едно лице и се очекува дека неговата преваленца расте со стареењето .Сепак, ова објаснување е премногу едноставно и холистичката дефиниција би требало да ги опфати не само хроничните болести кои се присутни кај едно лице, туку и емоционалната и психолошка вознемиреност, односно сите компоненти кои се условени од социјалното вклопување. Во дефиницијата исто така не се опфатени интеракциите и меѓусебната поврзаност на некои од хроничните состојби. Во некои случаи, тоа подразбира две состојби кои одат заедно, на пример анксиозноста и депресивноста, додека во други, тоа значи постоење на една хронична состојба, на пример хиперлипидемија која е ризик фактор за други состојби (коронарна артериска болест).3

Во дадениот случај, се работи за старо лице, кое има и дијабет бројни коморбидитети кои делумно се компликција а делумно можеби постојат и независно од дијабетот. Тие наложуваат примена на повеќе испитувања и лекови, а можни се интеракции и мегу состојбите и мегу лековите.Не треба да се заборави и дека овие коморбидитети причинуваат онеспособеност и е потребна огромна помош од фамилијата.

ВАЖНОСТ НА МУЛТИМОРБИДИТЕТОТ И ХРОНИЧНИТЕ БОЛЕСТИ И УЛОГАТА НА СЕМЕЈНИОТ ЛЕКАР

Хроничните болести ги заменија акутните болести како доминантен здравствен проблем. Тие се главна причина за онеспособеност и за консултации кај семејниот лекар, дури во 80%. Хроничните болести одземаат 78% од здравствените трошоци

Во Европа, повеќе од 60% од лицата над 65 години имаат мултиморбидитет.4 Две третини од пациентите кои се примени како итни случаи имаат егзацербација на хронична болест или имаат хронична болест. Трошоците за пациентите се 6 пати поголеми од оние за лицата со една болест. Иако за водењето на хроничните болести постојат важечки упатства, некои автори тврдат дека ригорозното почитување на упатствата кај стари лица може да доведе до сериозни несакани ефекти. 5

Семејниот лекар има улога и во превенцијата и во лекувањето на хро¬ничните болести. На пример, во однос на ризик факторите за дијабетес мелитус, тој може навреме да ги регистрира хиперлипидемијата, обезноста и фамилијарната анамнеза и да даде навремен совет за промена во начинот на живот. Тој учествува и во раното откривање на дијабетот и во лекувањето на дијабетот. Стапката на смртност кај лицата со дијабет поврзана со срцеви заболувања е два до четири пати поголема во однос на лицата без дијабет. Бројните компликации од дијабетот стануваат причина за постоење на повеќе хронични болести.

Кај пациентката М.С, семејниот лекар има задача навреме да ја открие болеста, да воспостави задоволителна регулација на гликемијата, навреме да ги препознае компликациите и да препорача лекување за нив и да ја информира пациентката за само-водење на болеста. Оваа пациентка ќе биде следена од повеќе специјалисти, но веројатно само семејниот лекар ќе ги знае сите специфики на пациентката, опкружувањето во кое живее и сите коморбидитети кои таа ги има.

ПЕТТЕ ДОМЕНИ НА ПРИМАРНАТА ЗАШТИТА КАЈ ХРОНИЧНИТЕ БОЛЕСТИ

6.1.1 1.Комуникациски вештини

Семејните лекари треба да владеат со вештини во следните подрачја во водењето на хроничната болест:

а) Поставување дијагноза

- Семејниот лекар треба да користи вербална и невербална комуникација со пациентот за да добие доволно податоци во врска со начинот на живот и хроничната болест. Тој/таа треба да процени колку пациентот се придржува до препораките и да објасни зошто се поотребни одредени испитувања. Семејниот лекар треба разбирливо

и внимателно да ја објасни дијагнозата на хроничните болести и тоа што произлегува во иднина од таа болест.

Кај пациентката М.С, по поставувањето на дијагнозата на дијабет, лекарот треба да процени колку пациентката се придржува до препораките и да и објасни кои се можните компликации од болеста.

б) Услови за испитувања

- Семејниот лекар ја објаснува улогата на испитувањата и ги соопштува и објаснува резултатите во врска со одредена хронична болест.

По претпоставката дека се работи за дијабетес мелитус, се вршат испитувања на гликемија и гликозилиран хемоглобин, за кои треба да се даде објаснување како се спроведуваат и што значат. Понатаму е потребно да се планираат испитувања кои ќе потврдат или исклучат постоење на макро и микроваскуларни компликации од дијабетот.

в) Водење на болеста

- Семејниот лекар треба да укаже поддршка и да создаде долготрајни блиски релации со пациентот и семејството. Целта е пациентите поактивно да учествуваат во водење на болеста и да земат поголема одговорноост за болеста и исходот. При тоа тој треба да ги разбира размислувањето на пациентот за неговата болест и неговиот однос кон болеста и да покаже емпатија. Лекарот треба да воспостави комуникација и со лекарите од секундарната здравствена заштита за натамошно водење на пациентот.

При водењето на болеста, со пациентот треба да се разговара за очекуваните компликации, справување со нив и можни исходи. Иако дијабетот е основната болест во случајот, во моментот на преглед се наметнува потребата од лекување со хемодијализа за хроничната бубрежна болест. Потребно е и на пациентот и на семејството да им се објасни што значи хемодијализата за таа пациентка во иднина.

г) Превенција

Семејниот лекар треба да се договори за натамошната превенција на хроничната болест кај пациентот. Таа превенција треба да ги земе предвид стадиумот на болеста, ризик факторите и најефикасните методи на лекување

Доколку кај пациентката М.С се правеле редовни прегледи на протеинурија и серумски креатинин, хроничната бубрежна болест би можела да биде порано откриена и да се дадат ренопротективни лекови.

д) Едукација

Семејниот лекар треба да им помогне на пациентите ако сакаат да контактираат со организации или институции или други пациенти со слични состојби.

Пациентката може да се запознае со други поединци со слични проблеми, или да се упати на здруженија на пациенти со дијабет или хронична бубрежна болест.

6.1.2 2.Примена на професионално знаење и вештини

Освен општото понавање на хроничните болести, семејниот лекар треба да има и останати знаења и вештини.

а) Знаење

Семејниот лекар треба да ги разбира принципите за дијагноза, водење и следење на хроничните болести и коморбидитети. Потребно е да се знае и присуството на коморбидитетите и како тие влијаат врз хроничните болести. Во однос на лекувањето, семејниот лекар треба да ги знае најновите фармаколошки и нефармаколошки методи на лекување.

б) Вештини

Семејниот лекар треба да има вештини за добро земање на анамнеза, откривае на пречките на пациентите за стекнување оптимална здравствена заштита и водење на хроничните болести на координиран начин.

6.1.3 3. Здравјето на општото население

Семејниот лекар треба да има знаење за хроничните болести кај општото население, нивната застапеност, можностите за превенција,го разбира значењето на хроничната болест и факторите кои учествуват во настанокот и продолжувањето на хроничните состојби.

6.1.4 4.. Професионална и етичка улога

Должност е на семејниот лекар да учествува како дел од тимот за водење на хроничните болни, како и дискусија за етичките принципи за водење на хроничната болест.

6.1.5 5.Организација на водење на хроничната болест

Освен учеството во мултидисциплинарниот тим, лекарот треба да го организира водењето на хроничната болест, проценувајќи што треба да се решава во болнички, а што може и во домашни услови. При тоа треба да се придржува до медицината заснована на докази и да размисли за вклучување на нелекарски персонал.

ПРОГРАМИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И ВОДЕЊЕ НА ХРОНИЧНИТЕ БОЛЕСТИ

Со постоењето на програми за превенција и водење на хроничните болести се овозможува рано откривање и водење на болестите. Програмите вклучуваат создавање на тимови. Првиот чекор што тимовите треба да го направат е откривањето на пациенти со одредена хронична болест. Тоа се овозможува и преку превентивните програми, но уште посоодветна е употребата на регистри на пациенти со одредена состојба. наредно што тимовите треба да го направат е да откријат какви се здравствените потреби на овие лица и кои се ресурсите во заедницата кои не се достапни во здравствените установи.

За да се формулираат програми за водење на хроничните болести, потребно е да се изработат упатства и да се размисли како овие упатства ќе се претворат во акција. Конечно, потребно е да се координираат плановите со други планови за водење на хронични болести и да се процени успешноста на програмот.6

МОДЕЛИ НА ВОДЕЊЕ НА ХРОНИЧНИТЕ БОЛЕСТИ

Освен традиционалниот болнички модел кој одговара само за акутно влошување на хроничната болест, во светот постојат и други модели за хронична грижа на пациентите.

Моделот на Ванг (сл.1) претпоставува дека е можен подобар исход кај хроничните болести доколку се здружат здравствениот систем и заедницата со соодветни ресурси и политики за водење на хронична болест. При тоа е потребно да се формираат мултдисциплинарни тимови кои се подготвени да дејствуваат и кои се проактивни. Тие треба да стапат во интеракција со информиран и активиран пациент кој е подготвен да ја преземе одговорноста за својата состојба. Овој модел се уште не е воведен во Република Македонија, но има докажани подобрени исходи во однос на хипертензија, дијабет, депресија, конгестивна срцева слабост и хронична опструктивна белодробна болест.



ЛИТЕРАТУРА

1. Portin M,Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, Mvd Akker. Multimorbidity's many challenges. Brit Med J. 2007;334(7602):1016-7.
2. 2.Mercer SW, Watt GMC . The inverse care law: Clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. Ann Fam Med 2007;5:503-510.
3. Mercer et al. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda
4. Family Practice, Volume 26, Issue 2, Pp. 79-80
5. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA: Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract 2011, 61(582):e12-e21
6. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW: Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005, 294(6):716-724
7. Guide to chronic disease prevention and management-Family health teams Ontario
8. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. 1998;1:2-4.

7 МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ

Доц. д-р сци Сузана Николовска

ПРИМЕР

Пациентка на 76-годишна возраст со прележан миокарден инфаркт се јавува на преглед заради прогресивна диспнеа, замор и едеми на долните екстремитети. На клинички преглед сте утврдиле присуство на тестести едеми на двете потколеници, назначени вени на вратот, белодробни влажни кркори и S3 галоп на аускултација на срцето. EKG наодот покажува нормален синус ритам. Сите наоди одат во прилог на срцева слабост заради што сте ја испратиле пациентката за хоспитализација. После хоспиталниот престој каде е потврдена систолна дисфункција со левокоморна истисна фракција од 25-30%, се враќа со следната терапија препорачана од специјалистот кардиолог: диуретик, АКЕ инхибитор, бета блокатор, дигоксин и варфарин. Вашата пациентка живее сама и не е во можност да оди на контроли на трансфузиологија заради варфаринската терапија. Таа настојува да ѝ го замените овој лек со друг за да не биде обврзани да оди на чести контроли.

Znaeweto ne e dovolno; mora da go primenime. @elbata ne e dovolna, mora da deluvame.

Gete, 1833 (Goethe JW: “Denken und Tun”. Maximen und Reflexionen 1833)

ВОВЕД

Медицината базирана на докази (МБД) се дефинира како совесна и одговорна примена на моментално најдобрите научни докази во процесот на носење на одлуките околу грижата за индивидуалниот пациент. Решението за избор на третман и/или дијагностичка процедура кои се најсоодветни за индивидуалниот пациент се темели на процес на систематично пребарување на научните докази и нивна критичка евалуација.

Носењето одлуки според принципите на МБД обезбедува интегрирање на најдобрите научни докази со клиничките вештини на докторот и со желбите на пациентите . Претставува процес кој овозможува најновите сознанија од медицинските истражувања да се применат во пракса.

Базичниот принцип на МБД е дека треба да се примени одреден дијагностички тест или третман само кога има сигурни докази дека пациентот има корист, а нема штета. Главниот придонес на МБД е примена на релевантни докази за одреден дијагностички метод или тераписки протокол од контролирани научни експерименти кои се наоѓаат високо на хиерархиската скала на квалитетни медицински докази.

ПОСТАПКА ПРИ НОСЕЊЕ ОДЛУКИ СПОРЕД ПРИНИЦИПИТЕ НА МЕДИЦИНАТА БАЗИРАНА НА ДОКАЗИ

Постапката при носење одлуки според принципите на медицината базирана на докази мора да ги содржи сите чекори по наведениот редослед (слика1):

1. формулирање прашање на кое може да се одговори
2. систематско пребарување на информации/докази
3. критичка евалуцаија на најдените информации/докази во однос на нивниот квалитет, веродостојност/валидност
4. пренесување на резултатите во клиничката средина, односно нивна примена на конкретниот пациент



Слика 1. Чекори во практикување на МЗД

ЧЕКОР 1 - КЛИНИЧКИ ПРОБЛЕМ/ПРАШАЊЕ

Првиот чекор во процесот на практикување на МЗД е формулирање на фокусирано прашање. Добро формулирано прашање, специфично и конкретно, е предуслов за да се добие корисен одговор кој се содржи во селектираната литература после пребарувањето (слика 2).



Како се формулира прашањето?

Процесот на барање на одговор за тоа која дијагностичка процедура или тераписки протокол би се применил кај конкретниот пациент, започнува со идентификација на проблемот на пациентот. Земајќи предвид дека личните искуства се на најниската хиерархиска скали на докази, добро формулираното прашање овозможува да се најдат поквалитетни информации кои се однесуваат на проблемот на пациентот. За полесно формулирање на прашањето на кое може да се најде одговор, се користи „ПИСИ“ пристапот кој ги дефинира **п**ациентот, **и**нтервенцијата, **с**поредбата и **и**сходот (слика 3).



Слика 3. Четири дела кои треба да ги содржи прашањето на кое може да се најде одговор

Пациент или проблемите на пациентот. Пациентот треба што поконкретно да се опише. Предвид треба да се земат сите негови карактеристики кои се релевантни за да најдеме група пациенти во литературата кои имаат слични особености со нашиот пациент. Субјектот во најголемиот број предмети кои ги третира МЗД е пациентот со неговата конкретна дијагноза. Предмет на интересот може да биде и некој специфичен дијагностички тест. Се опишува пациентот кој е во фокусот на интересот, на пример неговата дијагноза на болеста, но и полот, возраста или другите заболувања кои ги има.

Интервенција. Која е интервенцијата (честопати новата алтернатива) со која се споредува стандардниот третман? Дали интервенцијата претставува примена на нов медикамент, хируршки третман, радиотерапија или др? Дали интервенцијата е нов дијагностички тест, нов хируршки метод, акупунктура, и т.н. ?

Споредба. Со што се споредува интервенцијата? Која е контролната група? Контролата е третманот, дијагностичиот тест или процедура која е стандарден или најчесто употребуван протокол. Дали денешниот стандарден протокол е некој медикамент, хируршки третман, физиотерапија, и т.н.? Или алтернативата која важи досега е да не се интервенира со никаков третман? Во тој случај плацебо би можел да биде алтернативниот третман со кој би го споредувале новиот третман.

Исход. Кој исход(и) се во фокусот на интересот? Дали прашањето се однесува на исходи како што се времето на преживување, намалување на симптомите, квалитетот на животот, намалување на деновите на боледување, несаканите ефекти, релапси на болеста, и т.н.? Дали се земени предвид и здравствено-економските ефекти? Дали новиот дијагностички тест е поефтин или дава попрецизни резултати од стандардно употребуваниот?

Во пронаоѓањето на соодветните типови на студии во кои се содржи одговорот на прашањата од различни области се дадени во табела 1.

Табела 1. Најчести типични прашања при донесување одлука за третман на пациентот од различни области и соодветни типови на студии во кои се содржи одговорот

Област	**Прашање**	**Тип на студија**
Дијагностика	Како да се избере и интерпретира соодветна дијагностичка процедура?	Проспективна, слепа, компаративна студија во која споредбата е со златен стандард
Терапија	Кои тераписки средства/процедури да се применат, а при тоа користа да биде поголема од штетните дејства?	Рандомизирана контролирана* →Кохортна → пациенти и контролна група → серија на случаи
Прогноза	Како да се предвиди очекуваниот тек и компликации на заболувањето?	Кохортна →со пациенти и контролна група → серија на случаи
Етиологија	Како да се идентификува причината, вклучително и јатрогената, за одредена болест или состојба?	Рандомизирана контролирана →Кохортна → пациенти и контролна група → серија на случаи
Превенција	Кои здравствени мерки да се применат со цел да се превенира појавата на одредени болести или компликации?	Рандомизирана контролирана →Кохортна → пациенти и контролна група → серија на случаи
Клинички преглед	Како да се избере клиничкиот преглед и да се интерпретираат резултатите од него?	Проспективна, слепа, компаративна студија во која споредбата е со златен стандард
Трошковна-ефикасност	Кои тераписки средства/процедури да се применат, а при тоа цената на чинење да ја оправда нивната ефикасност?	Економска анализа

*Честопати рандомизираните контролирани студии кои се однесуваат на ист проблем статистички се обработуваат во мета анлизи и систематски прегледи кои се на повисоко хиерархиско скалило на докази.

Дилемата од примерот е: дали да ги примениме препораките или да излеземе во пресрет на желбите на пациентот?

Проблемите на пациентот. Пациентката од примерот е 76-годишна жена со хронична срцева слабост во синус ритам со левокоморна истисна фракција од 25-30% и прележан миокарден инфаркт. Кај неа постои ризик од смртност и/или појава на кардиоваскуларни инциденти како миокарден инфаркт и мозочен удар.

Интервенција. За превенција на ризикот од кардиоваскуларните случувања освен антикоагулнтна терапија, се користат и антиагрегациони лекови (аспирин или клопидогрел). Ова се медикаменти кои би биле алтернатива за препорачаниот варфарин.

Споредба. За варфаринот постојат докази дека го намалува ризикот од појава на миокарден инфаркт и мозочен удар. Ова е препорачаниот медикамент кај пациентката со срцева слабост и синус ритам со цел да се намали ризикот од кардиоваскуларни случувања.

Исход. Во примерот не интересира дали замента на варфаринот со некој антиагрегационен лек ќе го намали ризикот од смрт или појава на миокарден инфаркт и мозочен удар. Анализата на примерот помага вопоставување на јасно клиничко прашање на кое може да се најде одговор во објавените научни истражувања (Табела 2).

Табела 2. Елементи на клиничкото прашање

П (пациент)	**И** (интервенција)	**С** (споредба)	**И** (исход)
76-годишна жена, срцева слабост, синус ритам болести	аспирин клопидогрел	варфарин	смртност миокарден инфракт мозочен удар
P (patient)	**I** (intervention)	**C** (comparison)	**O** (outcome)
76-year-old female, heart failure, sinus rhythm	aspirin clopidogrel	warfarin	death myocardial infarction stroke

Клиничкото прашање гласи: Каква е разликата во намалување на ризикот од смрт, миокарден инфаркт или мозочен удар (ИСХОД) при употреба на аспирин или клопидогрел (ИНТЕРВЕНЦИЈА) во споредба со варфарин (СПОРЕДБА) кај пациентка на 76-годишна возраст со срцева слабост и синус ритам (ПАЦИЕНТ)?

ЧЕКОР 2 - СИСТЕМАТИЧНО ПРЕБАРАУВАЊЕ НА ПОСТОЕЧКИТЕ ДОКАЗИ ВО ЛИТЕРАТУРАТА

При донесување на одлуките според принципите на медицината заснована на докази главниот извор на докази се научните трудови кои се однесуваат на конкретниот медицински проблем на пациентот. Останатите извори (учебниците, прегледите, мислењата на врвните експерти...) претставуваат рамка на нашето медицинско знаење. Откако прашањето е формулирано и податоците се внесени во табелата, следниот чекор е да се најдат релевантни информации со помош на пребарување во електронските бази на податоци. Но, информациите кои може да се најдат на веб честопати се многубројни, со слаб квалитет или застарени. Клучот за ефикасно пребарување е да се познаваат веб страниците кои во најголем број случаи објавуваат најверодостојни и најрелевантни информации. Една од најквалитетните бази на медицински извори е PubMed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) која е поврзана со најголемата биомедицинска база на податоци MEDLINE. Пристапот кон оваа база на податоци која содржи повеќе од 16 милиони референци за трудови од 4800 биомедицински списанија е бесплатен. Повеќето референци се придружени со апстракти од трудовите, а во некои случаи достапни се и целите трудови.

Пребарувањето започнува со внесување на клучните зборови кои најдобро го дефинираат клиничкиот проблем во кутијата за пребарување на почетната страница на PubMed. Тоа всушност се термините од ПИСИ табелата, односно термините од клиничкото прашање. Има многу различни патишта на пребарување и не постои „апсолутно правилна“ пребарувачка стратегија. Најдобрата стратегија на пребарување на базите на податоци е прво да се направи широко пребарување кое ќе ја зголеми веројатноста да бидат вклучени сите трудови кои се од интерес (да обезбеди висок степен на сензитивност), а потоа да се примени рестрикција со цел да се елиминираат трудовите кои не се од интерес (да се зголеми специфичноста). За таа цел клучните термини се поврзуваат со сврзниците ИЛИ и И (англ. OR, AND). Нивното значење е објаснето во табела 3. Пребарувањето може да се лимитира и на студии кои се однесуваат на одредена возрасна група или пол, на специфичен јазик или тип на студија со користење на филтери (табела 4).

Табела 3. Пребарување со користење на сврзници

Сврзници	Термин 1		Термин 2	Значење
ИЛИ (англ. OR)	клопидогрел		аспирин	Се добиваат сите трудови кои содржат било кој од зборовите поврзани со OR (клопидогрел или аспирин)
И (англ. AND)	аспирин		варфарин	Се добиваат само трудовите кои ги содржат и двата збора поврзани со AND (аспирин и варфарин)

Табела 4. Лимитирање на пребарувањето со филтери

Филтер	**Пример**
Тип на студија (англ. Article types)	Мета-анализа (англ. Meta-analysis) Преглед (англ. Review) Систематски преглед (англ. Systematic review) Упатства (англ. Practice Guideline) РКС (англ. Randomized Controlled Trial, RCT) Клиничка студија (англ. Clinical trial)
Јазик	Англиски (англ. English)
Species	Луѓе (англ. Human)
Дата на публикација (англ.Publication date)	Последните 5 години (англ. 5 years)

Пребарувањето на релевантните студии во кои се наоѓаат докази за тоа дали постои разлика во намалување на ризикот од смрт, миокарден инфаркт или мозочен удар при употреба на аспирин или клопидогрел во споредба со варфарин кај пациентка на 76-годишна возраст со срцева слабост и синус ритам, започнува со внесување на клучните зборови од ПИСИ табелата во кутијата за пребарување на PubMed.

Начинот на пребарување на PubMed за конкретниот пример е опишан во табела 5.

Табела 5. Пребарување на PubMed

Термин за пребарување	***Број на погодоци***
**срцева слабост И синус ритам (англ. heart failure AND sinus rhythm)*	*>2200*
***Клопидогрел ИЛИ аспирин (англ. clopidogrel OR aspirin)*	*>54000*
Варфарин (англ. warfarin)	*>19000*
***Смрт ИЛИ миокарден инфаркт ИЛИ мозочен удар (англ. death OR myocardial infarction OR stroke)*	*>850000*
**Се препорачува термините да се поврзат со ИЛИ (англ. OR) со цел да се добијат сите студии во кои се содржани и двата термини кои го опишуваат пациентот со срцева слабост во синус ритам.*	
***Се препорачува термините да се поврзат со И (англ. AND)со цел да се добијат сите студии во кои се содржани едниот, другиот или двата термини со цел да се зголеми сензитивноста во пребарувањето.*	
Пребарувањето резултира со 41 референци. Релевантниот труд најверојатно се наоѓа помеѓу нив (добра сензитивност), но проблемот е што токму тој може да се прикрие во морето трудови кои всушност не се од интерес (слаба специфичност). Затоа следниот чекор е да се зголеми специфичноста на пребарувањето. Може да се искористат следните ограничувања:	
РКС (англ. Randomized controlled trials)	*5*
5 години (англ. 5 years)	*2*

Со користење на опишаната стратегија на пребарување и ограничувањата селектирани се следните два труда:

1. Homma S, Thompson JL, Pullicino PM, Levin B, Freudenberger RS, Teerlink JR et al.;WARCEF Investigators. Warfarin and aspirin in patients with heart failure and sinus rhythm. N Engl J Med. 2012 May 17;366(20):1859-69.
2. Massie BM, Collins JF, Ammon SE, Armstrong PW, Cleland JG,et al.; WATCH Trial Investigators. Randomized trial of warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with chronic heart failure: the Warfarin and Antiplatelet Therapy in Chronic Heart Failure (WATCH) trial. Circulation. 2009 Mar 31;119(12):1616-24.

Од апстрактите на овие трудови може да се заклучи дека и двата труда даваат одговор на поставеното клиничко прашање. Учесниците во студиите се пациенти слични со пациентката од примерот со срцева слабост, редуцирана фракција на истиснување од срцето и синус ритам. Во нив е споредувана ефикасноста на аспиринот и клопидрогелот со варфаринот, и аспиринот со клопидогрелот во намалување на ризикот од смрт, миокарден инфаркт или мозочен удар кај пациентите со срцева слабост во синус ритам.

ЧЕКОР 3 - ПРОЦЕНКА НА ИНФОРМАЦИИТЕ И КРИТИЧКА ЕВАЛУАЦИЈА НА НАУЧНИТЕ ТРУДОВИ

Првиот, но не и одлучувачкиот впечаток за квалитетот на најдените студии произлегува од квалитетот на списанието во кое е објавен трудот. Овој став се темели на фактот дека најпрестижните часописи добиваат најголем број трудови, а изборот за публикување се прави после примена на ригорозни критериуми за евалуација на квалитетот од независни надворешни рецензенти. Таканаречениот *импакт фактор* (англ. impact factor, IF) на списанијата се однесува на фрекфенцијата на цитирање на трудовите објавени во списанието во други списанија. Колку е IF поголем, токлу

списанието е попрестижно. Само околу 20-30% од списанијата имаат импакт фактор повисок од 2, затоа IF над 2-3 се смета за висок.

Со цел да се применат „најдобрите научни докази“, принцип во согласност со дефиницијата за практикување на МЗД, неопходно е да се евалуира квалитетот на информациите и научниот квалитетот на студиите. Квалитетот на информациите зависи од типот на студиите. Најквалитетните докази произлегуваат од Кохрановите ситематични прегледи и мета анализите во кои со посебна методологија се анализираат сите објавени рандомизирани контролирани студии (РКС) кои третираат ист проблем и се прикажуваат збирни резултати. Најмалку квалитетни докази се мислењата на експертите и приказите на случаите или серија на случаи (Слика 4).



Слика 4. Пирамида на хиерархија на докази

Но, оваа хиерархијата не е апсолутна. Ако на пример, има голем, јасен, терапевтски ефект, вредноста на опсервациската студија може да е повисока од многу РКС. Некои примери се опсервациските студии кои соопштуваат за користа од простетската хирургија кај остеоартритисот на колкот, хируршката дренажа кај апсцес или инсулинска терапија кај дијабетична кетоацидоза. Понекогаш опсервациските студии соопштуваат повредни информации како на пример при регистрирање на ретките несакани ефекти, а сериите на случаи се со висок квалитет кога се зборува за ретки заболувања или за стапките на компликации кај интервентните процедури или во хирургијата.

Многу е важно да се евалуира научниот квалитет на секој објавен труд во кој се содржи одговорот на поставеното клиничко прашање. Секоја студија се состои од апстракт, вовед, методи, резултати, дискусија и заклучок. Во апстрактот и воведот на трудот треба јасно да е наведено научното прашање или проблем. Во методите треба да

е опишан експерименталниот дизајн, карактеристиките и бројот на пациентите вклучени во истражувањето, начинот на рандомизација и постигнување на слепост на студијата. Резултатите треба да посведочат дека сите учесници во студија влегле во статистичката обработка, а статистичките податоци треба веродостојно да ја одразуваат големината на ефектот од испитуваниот третман и статистичката сигнификантност. P-вредноста е мерка за веројатноста. Се почнува со поставување на нулта хипотеза (хипотеза дека нема ефект или разлика). Ако во тек на истражувањето се докаже постоење на ефект или разлика помеѓу групите (односно, се отфрла нултата хипотеза), p-вредноста укажува колкава е веројатноста овој ефект или разлика да се должат на случајност. Ако $p < 0.05$, тогаш веројатноста регистрираниот ефект или разлика помеѓу групите да се јавиле случајно е помала од 5%. Ако p е 0.05 или помало од оваа вредност, велиме дека ефектот или разликата се статистички сигнификантни.

Секој труд кој е добиен со стратегијата за пребарување треба да се евалуира според горенаведените критериуми. Резултатите од критичката евалуација на двата најдени труда се прикажани во табела 6.

Критериум	**Валидност**	**Труд**	
	Објаснување	**1**	**2**
Научен проблем/прашање	Дали научното прашање е јасно наведено?Какви се карактеристиките на пациентите кои се вклучени во студијата, кој тип интервенција се испитува и кои резултатите ќе се евалуираат, треба да е јасно уште од апстрактот или воведот на студијата.	+	+
Тип на студија	За каков тип на студија се работи? Дали авторите примениле соодветен експериментален дизајн со цел да добијат одговор на поставеното прашање. Дали пациентите биле рандомизирани?	+	+
Пациенти	Дали карактеристиките на пациентите во студијата се јасно опишани и дали се наведени критериумите за вклучување и исклучување од студијата?	+	+
Големина на студијата	Дали студијата е доволно голема или вклучува само неколку настани или опсервации? Дали презентираните податоци се информативни или не? Дали резултатите од сите вклучени пациенти се соопштени и земени во статистичките анализи? Ако стапката на пациенти кои не ја завршиле студијата до крај е висока, квалитетот на студијата ќе биде намален.	-	-
	Дали третманот бил алоциран во групите по принцип на слепа студија? Во контролираните студии, терминот *постигнување на слепост* (англ. *blinding*) означува дека партиципантите во студијата, здравствените работници и индивидуите кои ги собираат и анализираат податоците не знаат кои пациенти на кој третман се алоцирани. Со ова се избегнува субјективната навивачка проценка за една од групите или третманите.	+	-
Веродостојност	Колку можете да се верува на добиените резултати од третманот? За секој исход кој е следен во студијта, треба да се прикажат збирните резултати за секоја група поединечно со цел да се споредат вредностите помеѓу групите. Ова претставува евалуација на големината на ефектот.	+	+

Двата труда се објавени во престижни часописи со висок импакт фактор (IF=53 и IF=14 за првиот и вториот труд последователно). Но, методите во студијата не се јасно презентирани во втората студија,за жал студијата не е двојно слепа заради природата на варфаринот за кој е потребна контрола на вредностите на INR, а моќноста на студијата е намалена заради тоа што во студијата партиципирале помалку пациенти од планираните. Авторите во првата студија навеле самите дека слабост во студијата е помалиот регрутиран број на пациенти од планираните. И покрај сè, можеме да прифатиме дека објавените резултати во двете студии се валидни и доверливи.

Резултатите од првата студија покажуваат статистички несигнификантна разлика во ефикасноста на варфаринот спореден со аспиринот во однос на превенцијата на миокарден инфаркт, мозочен удар или смрт кај пациенти со срцева слабост и вредност на левокоморната истисна фракција ≤35% со синус ритам (7,47% vs 7.93%, p=0.4), освен после 4 годишно следење кога бил чиси сигнификантно поефикасен во превенцијата на мозочниот удар (p=0.046). Во втората студија варфаринот не покажал статистичка сигнификантност во превенција на васкуларните случувања или смрт споредено со терапијата со аспирин или клопидогрел (p=0.22 и p=0.37 последователно), ниту аспиринот не е статистички посупериорен од клопидогрелот (p=0.79).

Во однос на несаканите дејства, и во двете студии варфаринот бил причина за сигнификантно повеќе крварења споредено со аспиринот и клопидогрелот.

После анализата на двата труда може да се заклучи дека антиагрегационата терапија со аспирин или клопидогрел е подеднакво ефикасна во превенцијата на миокардниот инфаркт, мозочниот удар и смртноста кај пациентите со срцева слабост и синус ритум. Несаканите дејства во однос на мајорни и минорни крварења се среќаваат во поголем процент кај групата пациенти кои биле на терапија со варфарин. Овие докази се од помош при донесување на одлука за третман на пациентката од примерот.

ЧЕКОР 4 - ПРИМЕНА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ВО СЕКОЈДНЕВНА ПРАКСА

При примена на наодите од истражувањата во клиничката пракса односно во конкретната средина се јавуваат повеќе проблеми кои се однесуваат на имплементацијата на научните докази од студии кои се спроведувани на секундарно или терциерно здравствено ниво, кои се однесуваат на различна популација или се правени во различни околности. Ако сумираме: пациентот кој го имаме пред себе, никогаш нема во целост да наликува на пациентите кои биле вклучени во истражувањето или околните фактори не се идентични. Од друга страна, донесувањето на одлуките за конкретниот пациент според принципите на медицината заснована на докази се темели на научни трудови, заради тоа мора да се трудиме, да избереме такви докази, кои најмногу ги задоволуваат карактеристиките на пациентот во дадената клиничка ситуација.

Пациентката од примерот според доказите од студиите би имала подеднаква корист во однос на намалување на стапката на миокарден инфаркт, мозочен удар или смрт со антикоагулантна и антиагрегациона терапија. Во двете студии нема докази дека

некојод применетите лекови (варфарин, аспирин или клопидогрел) е поефикасен во терапијата кај пациентите со срцева слабост и синус ритам. При примена на варфаринот, аспиринот или клопидогрелот нема статистичка разлика во појава на минорни или мајорни крварења. И покрај тоа што варфаринот е во мал степен поефикасен во превенцијата на мозочен удар, тој е причина за зголемена стапка на интракранијални крварења.

Најдобро е на пациентката на разбирлив начин да и се соопштат резултатите за ефектот и несаканите дејства од секоја предложена тераписка опција соодветна за нејзиниот клинички статус, со цел заеднички да се избере најсоодветниот третман.

Пациентите кои учествувале во двете студии се доволно слични со пациентката од примерот (возраст, дијагноза, тежина на клиничката слика), заради тоа доказите од двете студии лесно можеме да се применат кај конкретната пациентка. Бидејќи и двете студии во однос на ефикасноста во превенцијата на мозочниот удар, миокардниот инфаркт или смртноста, како и појавата на несаканите дејства од терапијата, не фаворизираат ниту еден од испитуваните медикаменти (варфарин, аспирин и клопидогрел), крајното решение би можело да бида да се замени варфаринот со антиагрегациона терапија. Со оваа одлука, пациентката ќе има соодветно ефикасна терапија, без зголемен ризик од несакани ефекти, а нема да мора да оди на чести контроли заради варфаринската терапија.

ЗАКЛУЧОК

Донесувањето заклучоци кои се темелат на медицина заснована на докази понекогаш е долг и напорен процес, но од друга страна, големо е задоволството да се носат одлуки заедно со пациентот во согласност со најквалитетните и најсовремените докази од научните трудови. Медицината заснована на научни докази помага во самообразувањето на секој доктор и е главен извор за стекнување нови сознанија. При постоење на огромен број нови информации, докторите треба да поседуваат знаење и вештини критички да ги проценат новите сознанија пред да решат да ги промениме застарените форми на пракса.

При барање на одговори честопати има потешкотии во достапноста на соодветните извори. Понекогаш после нивното наоѓање, може да се утврди дека конкретниот пациент не е сличен со испитуваната група во најдените студии или доказите од тие студии се неприменливи во конкретната клиничката средина.

УПАТСТВА

ПРИМЕР

Пациентка на 66-годишна возраст со дијабетес мелитус тип 2 инсулинозависен, без клинички симптоми од уринарниот тракт, во уринатa има наод на бактерии.
Клиничкото прашање е како да се постапи кај асимптоматска бактериурија кај возрасна пациентка со дијабет?

Одговорот на ова прашање може да се побара во научни списанија, стручни книги, учебници. Но, најбрзиот начин е ако се консултираат упатства кои се наменети за дијагноза и третман на уринарни инфекции.

Клиничките упатства се систематично развиени заклучоци кои треба да им помогнат на лекарот и на пациентите во создавањето на одлуките во избор на соодветен дијагностички метод и/или терапевтска процедура.(2) Тие ги третираат честите клинички проблеми:

1. Здравствен проблем (симптом) – „главоболка“
2. Дијагноза – „уринарни инфекции“
3. Здравствени услуги – „антенатална грижа“

Во последните години создадени се бројни клинички упатства од страна на здравствените авторитети, здравствените работници и специјалистички здруженија. Процесот на нивното создавање започнува со избор на релевантна тема која најчесто е приоритетна состојба според локаните податоци за болестите или специјалните програми (на пр. ТБЦ, ХИВ). Потоа се формира тим од експерти кои со користење на моментално најдобрите докази (највисоко на хиерархиската скала на докази), донесуваат јасни заклучоци за поставување на дијагноза или третман на одреден здравствен проблем. Секој заклучок е обележан со код (А, Б, Ц или Д) кој соодветствува на нивото на доказот (табела ...). Упатствата се печатат во соодветен формат и се формира одговорна група за ажурирање на упатствата бидејќи најдобрите научни докази се менуваат со тек на времето.

Табела 4. Класификација на ниво на докази

Код	Ниво на доказ	Дефиниција
A	Силен доказ базиран врз истражување	Бројни релевантни високо квалитетни научни студии
B	Умерено силен доказ базиран врз истражување	Барем една релевантна високо квалитетна студија или мултипни адекватни студии
C	Лимитиран доказ базиран врз истражување	Барем една адекватна научна студија
D	Истражување кое што не е базирано врз докази	Проценка на експертска група или друга информација

Во упатствата за лекување на уринарни инфекции кои може да се најдат на веб страницата на Министерството за здравство на Р. Македонија (www.moh.mk**)** пишува:

Асимптоматска бактериурија

- Се јавува кај помалку од 0,5% мажи, 1-4% девојчиња, 5-10% жени
- Скрининг треба да се направи само кај следниве ризични групи:
- треска од непознато потекло или други симптоми кај деца под 6 години;
- бременост (**ннд-А**);(имунодефициентност).
- Скринингот и лекувањето не се неопходни кај жени со дијабетес (**ннд-В**)
- Се лекуваат ризичните групи пациенти како акутна уринарна инфекција
- Кај стари лица, скриената бактериурија не наложува лекување

- Натамошната процена (упатување) е неопходно кај деца. Во 20-50% случаи кај нив
- постојат аномалии на уринарниот тракт.

Според овие упатства, постои умерено силен доказ (ниво на доказ B) дека пациентката со дијабет и асимптоматска бактериурија не треба понатаму да се испитува или лекува. Тоа е доволно силен доказ за да се донесе решение според препораката во упатството.

Клиничките упатства станаа популарни заради тоа што се концизни и инструктивни, но треба да се има на ум дека нивната научна подлога значително варира. Многу клинички упатства комбинираат резултати од клинички студии со различен квалитет со мислења од експерти. Заради тоа е неопходно секогаш да се провери квалитетот на специфичните упатства пред да се применат.

Добро е да се започне со проверка кои личности или институции стојат зад тие упатства. Дали е тоа академска институција, владин авторитет, супспецијалистичка групација која е стручна за темата или има комерцијална позадина? Кој е испорачувач, која е целта и кој го финансирал развојот на упатствата? Кога последен пат упатствата биле ажурирани? Која била методологијата била користена за креирањето на упатствата? Колку ригорозна била критичката евалуација? Дали податоците за несаканите дејства се разгледувани и дали има коментар за тоа?

Клиничките упатства може да бидат инструктивни и корисни, но секогаш треба да се имаат на ум нивните недостатоци. Крајната одлука за нивната примена ја донесува докторот заедно со пациентот. После се, упатствата се само *упатства*, а не ригидни директиви за дијагностички процедури и тераписки интервенции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71–72.
2. Greenhalgh T. **How to read a paper: the basics of evidence based medicine.** 3rd edition London: Blackwell BMJ Books, 2006.
3. Guyatt G, Rennie D, Meade M, Cook D. **Users' Guides to the Medical Literature: essentials of Evidence-Based Clinical Practice.** 2nd edition (Jama & Archives Journals). McGraw-Hill. Professional, 2008.
4. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. **Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice.** Oxford, Chichester, Hoboken: Blackwell Publishing Ltd., 2009. ISBN 978-1-4051-8106-8
5. Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. **Evidence-based medicine: how to practice and teach EbM.** 4th edition. Edinburgh: Churchill Livingston Elsevier, 2011
6. Mayer D., **Essential Evidence-Based Medicine.** 2nd edition. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.
7. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for Clinical Practice: from development to use. Washington DC: National Academic Press, 1992.
8. Woolf S, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999; 318:527-530.

8 РАЦИОНАЛНА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

Доц. д-р сци Билјана Герасимовска Китановска

Случај

Еден 55 годишен господин се жали дека од пред две недели е настинат, има болки во грлото и кашлица.Поголем дел од тегобите веќе се поминати, но се уште кашла. Пациентот е пушач и семејниот лекар му препорачал да престане да пуши, но тој не го сторил тоа. Нема температура и нема други тегоби. При физикалниот преглед се гледа само црвено грло, но нема никаков друг позитивен наод. Семејниот лекар повторно го советува да престане да пуши, и му препорачува таблети кодеин, 3 пати на ден во тек на 3 дена. [1]

ВОВЕД

Рационалната употреба на лекови се однесува на точно, правилно и соодветно користење на лекови. [2]

Таа подразбира пациентот да добие лекови прилагодени на неговите клини~ки потреби; во дози {то одговараат на неговите индивидуални барawa; доволно долго; по најевтина цена за него и заедницата.[3]

Се смета дека преку половината од сите лекови се пропишани, издадени или продадени несоодветно, а од нив уште половината се неправилно користени од страна на пациентите. Во земјите во развој, се смета дека помалку од 40% од пациентите лекувани во јавното здравство и 30% од пациентите во приватното здравство се лекуваат според важечките препораки и упатства во примарната здравствена заштита. [4]

КРИТЕРИУМИ ЗА РАЦИОНАЛНА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

Дефинираните критериуми за рационална употреба на лекови вклучуваат:

- соодветна индикација,
- соодветен лек,

- соодветна примена, доза, траење,
- соодветен пациент,
- соодветна информација на пациентот,
- соодветно следење.

Процесот на рационално препишување на лекови се состои од 6 чекори.

Чекорите во процесот на рационално препишување на лекови се:

1. Дефинирање на проблемот на пациентот
2. Дефинирање на терапевтската цел
3. Проверка дали терапијата одговара на дадениот пациент
4. Започнување на лекувањето
5. Давање информации, инструкции и предупредувања
6. Следење и прекин на терапијата

Кога се лекува пациент, потребно е прво да се востанови проблемот на пациентот (дијагнозата), потоа да се дефинира терапевтска цел и да се избере лекувањето. Се избира видот на лекот, се пишува рецепт и му се дава јасно упатство на пациентот како да го користи лекот. Се следи состојбата на пациентот и доколку има подобрување, лекот се прекинува, а во спротивно треба повторно да се разгледаат сите наоди и да се прегледа пациентот. 1,5

Во нашиот случај, треба прво да се определи кое е лекување од прв избор. На пациентот може да му се дадат информации дека заради пушењето, мукозата не може да заздрави и затоа треба да се избегнува натамошна иритација. Потоа, лекарот треба да побара кои се лековите за сува кашлица (опиоиди и седативни антихистаминици) и темелно да ги проучи, вклучувајќи ги несаканите дејства и контраиндикациите. Земајќи ги предвид несаканите дејства од двата лека, кодеинот е посоодветен избор (доза за возрасни-30-60 мг 3-4 пати на ден).Фолкодинот може да биде алтернатива. На тој начин сме обезбедиле лекот да биде даден според соодветна индикација и да се обезбеди соодветна информација за пациентот.Доколку лекот не е ефикасен по една недела, потребно е да се види дали дијагнозата е точна и дали пациентот го примал лекот. На тој начин ќе се провери соодветната примена и ќе се обезбеди соодветно следење.

ИРАЦИОНАЛНА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

Ирационалната употреба на лекови може да доведе до повеќе несакани последици. Меѓу најчестите е ирационалната употреба на антибиотици која доведува до **антимикробна**

резистенција. Многу хируршки процедури и лекување за карциноми не се возможни без употреба на антибиотици. Во Европа се трошат 9 милијарди евра годишно заради продолжени болести и продолжени хоспитализации како последица на антимикробната резистенција на антибиотици.[6] Втор проблем се **несаканите ефекти од лековите и медицинските грешки,** заради несоодветна употреба и алергиски реакции. Сето тоа доведува **до губиток на ресурси** и **до губење на довербата кај пациентите**.

На ирационалната употреба на лековите влијаат недоволното знаење и вештини на лекарот, преангажираноста на лекарот со голем број на пациенти и недостаток на координирана национална политика за препишување на лекови. Сепак, освен тоа имаат влијание и несоодветното и неетично рекламирање од фармацевтските компании, профитот од продажба на лекови и неограничената достапност до лековите или немањето на пристап кон лекови .[1] Причината за ирационалната употреба на лекови од страна на пациентите може да бидат барањата и очекувањата на пациентот, како и неговите погрешни ставови. Доколку недостасува регулатива која ја ограничува ирационалната употреба на лекови или доколку таа не се спроведува, веројатно лековите нема да се користат соодветно. Според една студија, интервенциите за помала употреба на антибиотиците во примарната здравствена заштита довеле до намалено препишување на антибиотиците (од 74 на 48 %)[7].

Често пати, ирационалната употреба на лекови опфаќа ситуации кога лекот се користи кога веќе нема индикација за негово користење, на пример антибиотици за горно-респираторни инфекции или кога се користи погрешен лек за одредена состојба. Употребата на лекови со сомнителна и недокажана ефикасност исто така спаѓа во истата категорија, како и употребата на точни лекови со неправилно давање, дози и времетраење и непотребното користење на инјекции .

Во дадениот случај, употребата на антибиотици би значела ирационална употреба на лекови, бидејќи знаците и симптомите укажуваат на вирусна инфекција која може да биде само-ограничувачка. Доколку при наредната контрола нема подобрување на состојбата, потребно е да се направат дополнителни испитувања и да се размисли за евентуална употреба на антибиотици.

Меѓу состојбите за кои најчесто се препишуваат антибиотици без поткрепа од медицина базирана на докази се тонзилитисите и фарингитисите кај децата. Бидејќи поголем дел од фарингитите се со вирусна етиологија, може да се третираат со ацетаминофен за болката и фебрилноста. Антибиотицитте немаат никакво влијание на времетраењето и интензитетот на општата настинка. Мукопурулентниот секрет често ја придружува

обичната настинка. Тоа не е индикација за антибиотско лекување освен ако не перзистира 10-14 дена. Според упатствата, овие состојби треба да се лекуваат со антибиотици само ако се работи за инфекција предизвикана од стрептококи од групата А или мононуклеоза. Доколку се работи за стрептококи од групата А, се препорачува употреба на цефалексин, 50 мг/кг/ден во две дози во тек на 10 дена. Доколку се работи за мононуклеоза се препорачува лекување со пеницилин. [7]

Студиите не покажале дека профилактичната или терапевтската употреба на антибиотици кај вирусни горно-респираторни инфекции била корисна. Во повеќето случаи со горно респираторни инфекции, кога пациентите имаат симптоми налик на синузитис, се јавуваат на лекар сметајќи дека треба да добијат антибиотици. Кај повеќето пациенти симптомите исчезнуваат спонтано по 7-10 дена иако може да биде потребно лекување со деконгестиви, хидрирање и антипиретици. Доколку нема одговор на оваа терапија, кашлицата трае 10 дена и има потвда дека се работи за бактериски синузит, потребно е да се започне антибиотска терапија.

Антибиотска терапија треба да се започне доколу постојат многу поизразени симптоми, како фебрилност над 39 ^{0}C, оток на лицато и болка над синусите. Се препорачува започување на терапијата со амоксицилин, но ако нема одговор на неговата примена за 48-72 часа, се препорачува употреба на амоксиклав, во тек на 10 дена. терапијата вообичаено трае 10 дена, но е е неопходно продолжување на терапијата повеќе од 7 дена ако симптомите исчезнале. [8,9]

Кај акутниот отитис медија, симптомите најчесто спонтано исчезнуваат во рок од 14 дена, додека антибиотиците се користат кај 95% случаи. Антибиотиците треба да се применат кога постојат знаци на ефузија во средното уво, и знаци и симптоми на акутна локална или системска болест.

Отоскопски, наодот при отитис медија укажува на испакнување на мембрана тимпани со губење на нејзините карактеристики, промена на бојата-обично жолта или црвена и перфорација на мембрана тимпани со ослободување на гној. Антибиотиците се резервирани само за деца со системски симптоми на инфекција, деца под три години со тежок или билатерален отитис медија, и деца под 6 месеци.[8,9] Дури и кај некомплицираните бронхитиси не се препорачува антибиотска терапија, туку терапија со инхалација со албутерол.

Сличен пример на честа и неоправдана примена на антибиотици е примената на лекови за дијареален синдром кај децата. Кај 70-80% од сите дијареални епизоди кај децата причинители се рота вируси. Во најголем број случаи причинителот останува

неидектификуван затоа што болеста е само-ограничувачка или потешкотиите во изолација на предизвикувачот, така што не се препорачува рутинска употреба на антибиотици. СЗО и УНИЦЕФ во 2004 година ја препорачале употребата на оралниот раствор за рехидратација заедно со цинк како средство за лекување на дијареата кај децата. Антибиотиците се препорачуваат само кај хеморагична дијареа и дизентерија. Докажана е ирационална употреба на антибиотици во случи со дијареални епизоди кои веројатно би биле само-ограничувачки. [10]

Антимикробна резистенција

Резистенцијата на антитибиотиците е проблем не само на терциерната и секундарната здравствена заштита, туку сега е се повеќе проблем и на семејниот лекар. Се прават обиди да се ограничи прекумерната употреба на антибиотици со стриктно почитување на упатствата за лекување, но се чини дека употребата на антимикробни лекови се повеќе расте. Проблемот не може да се надмине со создавање на нови антимикробни лекови, бидејќи тој процес трае околу 5-12 години и претставува краткотрајно решение на проблемот. Во обидот за надминување на бактериската резистенција, треба да се практикува следното:

-да се постави прецизна дијагноза со лабораториски и рентгенолошки испитувања согласно на препораките

-да се променуваат антибиотиците само кога е неопходно

-да практикуваат препораките за различни индикации

-да се следи внимателно пациентот доколку не се започне со антибиотска терапија

-да се практикува строга хигиена на рацете со користење на течности базирани на алкохол кои се поефикасни од обичните сапуни во редукција на контаминација на рацете

-да се внимава на хигиената во болничките установи и детските градинки

Општите принципи за рационална употреба на антибиотици се:

-да се избегнува пропишување на антибиотици за вирусни инфекции

-кога постои индикација за давање на антибиотици, да се даде соодветната доза во соодветно времетраење со соодветен лек со најтесен спектар со најмалку несакани ефекти и по најниска цена.

Со ова се намалува настанокот на микроорганизми кои се резистентни на лековите кои ќе бидат од втор избор, ќе се намалат националните трошоци за пропишување на лековите и ќе се намалат несаканите ефекти на лековите без да се компромитира грижата за пациентот.

Појавата на мултирезистентни соеви на бактерии, како што е MRSA (staphylococcus aureus methycillin resistant) кои се присутни не само во болнички средини, туку и кај амбулантски пациенти, се повеќе ја нагласува ургентноста на состојбата на антимикробната

резистенција. Освен тоа, при употреба на повеќе антибиотици доаѓа до супресија на нормалната интестинална флора со раст на Clostridium difficile во цревата. Тој предизвикува дијарогени токсини. За превенција на дијареа асоцирана со антибиотици е потребно одбегнување на непотребна употреба на антимикробни лекови, изолирање на пациентите, придржување кон добра хигиена на рацете, примена на капсули Лактобацилус и габичката Saccharomyces boulardii.

4. ШТО МОЖЕ ДА СЕ СТОРИ ЗА ДА СЕ ПОДОБРИ РАЦИОНАЛНАТА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ?

Според препораките на Светската здравствена организација, земјите може да спроведат национални програми за промовирање на рационална употреба на лекови преку соодветни политики, структури, информации и едукација. Можно е да се формира национално тело кое ќе ги координира политиките за лековите и ќе ги следи нивните ефекти. Изотвувањето на клинички упатства од медицината заснована на докази, заедно со листата на есенцијални лекови и континуираната медицинска едукација можат да ја зајакнат рационалната употреба на лекови од страна на лекарите. Од помош е и обезбедувањето на јавно достапни и објективни информации за лековите наменети за медицинскиот персонал и за општото население. [4]

Доколку се подобрат некои од факторите кои влијаат на рационалната употреба на лекови, како на пример социо-економската средина, инфраструктурата, пристапот до технологијата и повеќе обучен персонал , може да се очекува подобрување на рационалната употреба на лекови.

Во нашиот случај, би можело да биде корисно јавно информирање, особено во сезоните кога преовладуваат настинки и кашлици, за општите мерки кои пациентите можат да ги превземат. Доколку постојат национални упатства за лекување на вакви состојби, ќе се обезбеди усогласеност во терапијата меѓу лекарите. На тој начин и се помалку пациенти ќе бараат антибиотска терапија кога не постои медицинска индикација за тоа.

ПОСЛЕДИЦИ ОД ИРАЦИОНАЛНАТА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

Ирационалната употреба на лекови може да го намали квалитетот на терапијата со лекови, и со тоа да го зголеми морталитетот и морбидитетот и да доведе до резистенција кон лекови. На тој начин се зголемува ризикот од несакани последици како што се несаканите ефекти на лековите, како и трошење на ресурсите заради што се намалува достапноста на други лекови. Последната последица, но не и најмалку

значајната е психосоцијалното влијание, дека со ирационалната употреба пациентите веруваат дека постои "таблета за секоја болест"

Улогата на семејниот лекар

Почитувајќи ги правилата за рационална употреба на лекови, семејниот лекар треба да има доволно знаење и вештини за да ги идентификува објективните извори на информации, засновани на докази, кои се однесуваат на лековите. Тој/таа треба да можат во праксата да ги применуваат принципите на рационална употреба на лекови кои се ефикасни, безбедни, соодветни и економични. Лекарот треба да ја познава есенцијалната листа на лекови. Препишувањето на лекови во ординацијата на семејниот лекар треба редовно да може да се прегледува, а самиот лекар треба да ги следи пациентите кои се на долгорочна терапија со лекови.[11]

ЛИТЕРАТУРА

1. Guide to good prescribing-a practical manual WHO/DAP/94.11
2. Reducing and preventing adverse drug events to decrease hospital costs. Agency for Healthcare Research and Quality, 2000.
3. International Network for the Rational Use of Drugs (INRUD), 1st
1. International Conference for Improving the Use of Medicines (ICIUM 1997).
2. Medicines: rational use of medicines-WHO -Fact sheet N°338, May 2010
3. Huang. For the office-based teacher of family medicine. Fam Med 2007, 39 (4):236-40
4. Strategic Council on Resistance in Europe. Resistance: a sensitive issue, the European roadmap to combat antimicrobial resistance. Utrecht, the Netherlands, SCORE, 2004.
5. Gonzales R, Steiner JF, Lum A, Barrett PH. Decreasing antibiotic use in ambulatory practice: impact of a multidimensional intervention on the treatment of uncomplicated acute bronchitis in adults. *JAMA*. 1999;281:1512–9.)
6. Rational use of antibiotics in respiratory tract infections-bpac nz Infections,
7. dostapno na http://www.bpac.org.nz/resources/campaign/respiratory/bpac_ respiratory_infections _poem_pf.pdf , posleden pat pristapeno na 25.10.2012).
8. Medicina bazirana na dokazi- Infektologija, 2006 g.
9. Kotwani A et al.Antibiotics prescribing practices in primary care prescribers for acute diarrhea in New Delhi, India. Value in health, 2012, 5, 5116-5119
10. 11.Ramka na kompetencii na semejniot lekar-Centar za semejna medicina, Medicinski fakultet Skopje

9 ПРЕВЕНЦИЈА И ПРОМОЦИЈА ВО АМБУЛАНТА НА СЕМЕЕН ЛЕКАР

Д-р сци Катарина Ставриќ

ВОВЕД

Превенција има централно место во семејната медицина. Клучна задача на семејниот доктор е зачувување на здравјето и максимално одржување на функцијата на пациентите во текот на нивните животи.

Целта на преветивната медицина е намалување на преваленца на превентибилни болести во дадена популација. Со тоа ќе се овозможи контрола на потрошувачката и ќе резултира во намалување на трошоците за лекување на компликации. Вакви болести се хроничните болести кои се најчестата причина за морбидитет и морталитет, но тие може да се превенираат со еден сеопфатен превентивен пристап. Превенцијата е насочена кон раното откривање на болеста уште во латентната фаза на болеста кога пациентот се чувствува добро и покрај тоа што болеста е присатна.

Превентивната медицина вклучува во себе три групи на специфични дејности:

- Заштита на здравјето
- Промоција на здравјето
- Профилакса на заболувањата.

Секоја област на превентивната медицина користи различни методи и средства за постигнување на своите специфични цели, кои делуваат за постигнување на крајните цели на превентивната медицина, а тоа е здравјето како целина.

Заштита на здравјето како основна цел ја има заштитата на човекот од вродените фактори. Нејзините основни делувања се во очувување и одржување на надворешната средина со што се превенира експресија на вродените фактори и манифестација на болест.

Промоција на здравјето значи сочувување на здравјет (заштита) и подобрување на здравјето. Тоа се постигнува преку овозможување на лицата да самостојно раководат со детерминантите на сопственото здравје и преку здравствено воспитување.

Профилакса на заболувањата своите цели ги остварува преку покачување на заштитниот потенцијал на човекот и раното откривање на заболувањата. Тоа од своја страна има потреба од континуиран мониторинг како на здравите, така и на болните и делување и контрола на физиолошките состојби и заболувања. Целта на тоа би била да се постигне нормален физиолошки развој, заштита од појава на болест. Но исто така и намалување на ефектите од заболувањата како и намалување на прераната смртност и инвалидноста.

Превенција е важна во целиот животен век, бара повторувачки активности со текот на времето. Семејните доктори се грижат за пациентите, во рамките на семејството и

заедницата, што е од суштинско значење за поврзување на превентивни услуги во амбулантата со ресурсите на заедницата. Тие нудат единствена можност да пружаат превентивни мерки на пациентите на трите нивоа на примарна, секундарна и терциерна превенција.

Секоја консултација со пациентот може да обезбеди опортунистички услови за превенција и советување.

На пример, соодветно е да се провери дали кај пациентот е направен скрининг за рак кога дошол во ординација за друга причина и истиот да се направи тогаш или да се закаже контрола. Исто така може да се проценат факторите на ризик како што се пушењето, физичка неактивност или прекумерна тежина, и да се понудат интервенции за време на истиот или на следни консултации. Кај мајка која го донела болното дете на преглед може да се провери кога е направен скрининг за рак на града и цервикс и истиот да се спроведе во колку не се направени.

ДЕЛ ОД ВРЕМЕТО НА СЕКОЈА КОНСУЛТАЦИЈА ТРЕБА ДА СЕ ИСКОРИСТИ ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ПРЕВЕНТИВНИ МЕРКИ

Пациентите го гледаат семејниот лекар како клучен и веродостоен извор за превентивни совети, како доктор со кого остваруваат прв контакт. Здравственото образование дадено од семеен лекар има поголемо влијание врз пациентот. Кога пациентите се присатни во ординацијата поради одредени симптомите и загриженост, тие се повеќе приемчиви за совети за тоа како да се минимизира или избегне болеста. Лекарот одвојувајќи одредено време и со користење на едноставен јазик (избегнување на медицински жаргон)може подобро да му објасни на пациентот да ја разбере болеста.

Фактори кои ја зголемуваат ефикасноста на едукацијата на пациентот од страна на семејниот лекар:

- познавање на здравствената просветеност на пациентот
- чувство на доверба кај пациентот кон докторот
- лице-во-лице едукација
- помош при донесување одлука
- вклучување на пациентот во донесувањето на одлуки
- истакнување на придобивките од грижата за сопственото здравје
- да му помогне на пациентот да го запомни она што му е кажано
- прилагодување на информациите кон интересот на пациентот за промени
- развивање на стратегии за совладување на потешкотии во прифаќање на промени
- можност за континуирано следење и поддршка

Превентивните услуги, исто така, вклучуваат можност за намалување на потрошувачката на време и пари како на пациентот така и на здравствениот систем. Дури и услугите од типот на советувања вклучуваат значителен трошок и на време и на ресурси на персоналот, особено за советувањата за состојби кои бараат интензивни и повторувачки средби.

ДЕФИНИЦИИ

Здравјето е дефинирано различно во тек на историјата. Античките грчки лекари верувале дека здравје претставува здравствена состојба на тело во совршена рамнотежа. За Индијанците, човек се смета дека е здрав кога е во хармонија со природата. Древните кинези верувале дека здравјето е одраз на витална сила на телото наречени "Чи" (Еделман, 1986). Спротивно на тоа, западната медицина се обидува да го разбере здравјето преку анализа на неговите поединечни компоненти. *Западен пристап првенствено се фокусира на болест и попреченост.* Од неодамна ова медицинско сваќање почна да се менува постепено и да поприма холистички аспект. Во 1946 година, Светската здравствена организација (СЗО) воведе позитивна димензија на здравјето во нејзината дефиниција: "**Здравјето** е состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест, или слабост." Dubos (1968) го дефинира здравјето како благосостојба: "Здравјето е квалитет на живот, и вклучува социјална, емоционална, ментална, духовна и биолошка благосостојба од страна на поединецот, што резултира од адаптацијата на животната средина".

Наспроти тоа" **Болест** се дефинира како ненормална состојба на организмот што ги нарушува телесните функции, и е придружено со специфични симптоми и знаци. "

По својата суштина промоцијата на здравјето представува /дејство/кое овозможува на индивидуите и групите сами да се грижат за зачувување и подобрување на своето здравје.

Според СЗО дефиниција на промоцијата на здравјето: "здравствена промоција е процес на овозможување на луѓето да ја зголемат и да ја подобрат контролата врз нивното здравје." **Крајна цел на промоцијата е да го зголеми времетраењето (периодот) на состојбата на здравје на индивидуата и така да покаже позитивно влијание врз продолжувањето и квалитетот на неговиот живот.**

Концептот на **индивидуалната одговорност** и усвојување на здрави животни навики се повеќе се нагласува и во западниот свет. Мајкл О 'Donnell, едитор на Американскиот весник на здравствена промоција, ја дефинира промоцијата на здравјето (1986) како "наука и уметност на помагање на луѓето да го променат нивниот начин на живот кој стреми да се движи кон оптимална здравствена состојба." Намалувањето на морбидитетот и морталитетот се генерирани преку промоција на здрави животни навики. Задачата на промоцијата на здравјето е да им помогне на индивидуите да се движат кон состојба на оптимална здравје.

ПРОМОЦИЈА НА ЗДРАВЈЕ Е ПОДОБРУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО НА ФИЗИЧКО, ПСИХИЧКО, И ДУХОВНО НИВО И НА НИВО НА ЖИВОТНАТА СРЕДИНА.

Консултацијата во општата амбуланта овозможува да се обезбедат информации за здравјето и болеста на пациентот, во општата амбуланта се води детална медицинска документација и медицинските картони и електронската документација кои се извор на бројни потребни неопходни информации, вклучувајќи и адреси на лица со слични проблеми. Ова исто така значи дека тука може да се организираат и групи на поддршка. Лекарите и пациентите, исто така, се повеќе користат интернет. Здравствени информации опфаќаат 40% од Американските веб-сајтови, а се проценува дека има над 1 милион веб-сајтови посветени на здравјето. Пациентите може да сакаат да

разговараат за информациите кои ги превземале од интернет, што е добар пример на пациент кој презема одговорност за сопствено здравје.

ВИДОВИ НА ПРЕВЕНЦИЈА

Чувство на пациент	*болест* -……..... .....……..+	
благосостојба	I Здравствена едукација Здравствена промоција имунизација	II скриннинг рана дијагноза
Чувство на болест		III третман (терапија, едукација) превенција на компликации рехабилитација

9.1.1 Примарна превенција

Примарна превенција има за цел да спречи појава на болест кај здрави лица. Ова ја зголемува способноста на пациентот да остане слободен од болест. (здравствена промоција и имунизација)

Примерите на примарна превенција вклучуваат следново:

- Распространетоста на phenylketonuria е околу 7 : 100 000 новородени бебиња, - екстремно ретки. Меѓутоа таа може да се дијагностицира рано и ефикасно со прик тест од пета, а придружната ментална ретардација може да се спречи со започнување на специфична исхрана непосредно по поставување на дијагноза.
- Имунизација против заразни болести во детството..
- Флуорирање на вода помага за да се спречи забен кариес.
- Совети за начин на живот: може да спречи рак на кожата предизвикан од изложување на сонце, проблеми со алкохол, болестите од пушењето и сексуално преносливи болести и други состојби и заболувања

9.1.2 Секундарна превенција

Ова вклучува рано откривање на болеста, така што интервенцијата може да доведе до нејзино излекување, или да ја одложи нејзинота прогресија (скрининг, рана дијагноза и изнаоѓање на случаеви во ризични фамилии) Болеста сеуште е без симптоми и со нејзино рано откривање и соодветен третман ќе се запре или успори токот. Примери за секундарна превенција се:

- Рано откривање на хипертензија преку систематско или опортунистичко мерење на крвниот притисок предвидени во текот на пред-симптоматична фаза на болеста, тоа им овозможува давање совет и доколку е потребно и лекување,
- Откривање на дијабетес мелитус со откривање на шеќер во урина во тек на бременост и кај постари луѓе.
- Скрининг на холестерол кај лица со фамилијарна историја за кардиоваскуларни болести

9.1.3 Терциерна превенција

Ова е основа за водење на болеста, со цел да се минимизираат компликациите и попреченоста од болеста (рехабилитација, превенција на компликации). Неколку примери на терциерна превенција:

- Давање аспирин на пациент веднаш по напад на срцев удар го намалува ризикот од повторна појава, и ја намалува смртноста.
- Слепилото кај шеќерната болест може да се спречи со добра контрола на болеста, редовна контрола на очно дно и навремено упатување за третман на ретинопатија
- Рехабилитација после мозочен удар.
- Специфична исхрана кај лица со хронична болест на бубрези

ПРЕВЕНЦИЈА

Случај: 30 годишна вработена пациентка, омажена пред 2 месеци, доаѓа во ординацијата на семејниот лекар за да земе рецепти за нејзината мајка. Таа е здрава, нема медицински проблеми, не прима лекарства. Пуши по 1 пакло цигари, не пие алкохол и не користи дрога.

9.1.4 РИЗИК ИДЕНТИФИКАЦИЈА

Ризик фактор е состојба што е поврзана со зголемување на веројатноста за појава на болеста. На пример, дебелината е ризик фактор за дијабет; дебелината го прави повеќе веројатно дека некое лице ќе развие дијабетес во тек на животот во споредба со некој кој не е дебел.

На пример, Пушењето е ризик фактор за рак на белите дробови, а пушач има многу пати поголема веројатност од непушач да развие рак на белите дробови во неговиот живот.

Фактори на ризик за срцев удар вклучуваат пол, возраст, хипертензија, пушење и високи нивоа на холестерол; други фактори на ризик вклучуваат седечки начин на живот, дебелина и дијабетес.

Некои фактори на ризик *се променливи* (односно, фактори на ризик кои може да се менуваат), како пушењето, ниво на физичка активност, нивото на холестерол, а другите се *непроменливи*, како што се возраста, полот, семејната историја, и расна припадност.

Некои фактори на ризик се бихевиорални ризични фактори, како на пример употребата на алкохол, физичка активност, како и начинот на исхрана. Превентивните служби треба да ги идентификуваат овие фактори на ризик и да влијаат на нивна промена се со цел да се превенира или одложи одредена болест.

Кога се размислува за превентивни програми, често е costeffective за целни популации кои имаат поголем ризик од болест, отколку да се нудат услуги на општата популација. На пример, некои сексуално преносливи инфекции се ретки во општата популација, но се повеќе распространети меѓу одредени групи на луѓе. На ризичните групи треба да се делува со превентивни мерки за сексуално преносливи болести. Во некои области на земја, трипер има преваленција нула, додека во други области, има висока преваленца. Важно е да се напомне дека иако скрининг тестот има висока специфичност и сензитивност, ако се користи за ретка болест ќе резултира во ниска позитивна предиктивна вредност. Затоа е важно да се одреди застапеноста на болеста во дадена популација пред да се донесе одлука дали е вредно спроведување на скрининг за таа состојба.

Иако нашата пациентка дошла за да земе рецепти семејниот лекар ќе ја искористи оваа консултација и ќе направи превенција и промоција. Кај нашата пациентка со оглед на возраста потребно е да се направи проценка за кардиоваскуларен ризик. Исто така со оглед дека не е направен клинички преглед на дојка истиот ќе се направи и доколку е уреден ќе се планира следен за 3 години.

9.1.5 ИМУНИЗАЦИЈА И ХЕМОПРОФИЛАКСА

1. Имунизација
2. Хемопрофилакса
   - Хормонзаместителна терапија не се препорачува кај жена
   - Аспирин хемопрофилакса кај возрасни со ризик за коронарна срцева болест

Начата пациентка е редовно имунизирана по календар. Со оглед дека планира да оформи семејство, семејниот лекар ќе препорача профилакса со фолна киселина пред забременување и првите месеци од бременост како превенција на дефекти на неурална туба кај фетусот.

9.1.6 СКРИНИНГ

Скрининг подразбира поставување прашања, или вршење на тестови на пациентите се со цел да ги идентификува оние поединци кои ќе имаат поголема корист одколку штета од понатамошни тестови и третман се со цел да се намали ризикот од болест или компликации. При секоја консултација докторот може да спроведе скрининг за дадена болест (тоа е ***опортунистичка превенција***).

Проактивен однос подразбира потсетување на пациенти за скрининг а тоа е оправдано за високо ризични групи, или каде што има незадоволителна покриеност на населението, идентификувано од страна на владата како приоритет на јавното здравје. Тука спаѓа имунизација и скрининг за цервикален рак, рак на дојка, колоректален рак и дијабетес.

Ефективни скрининг програми бараат издвојување на подгрупи на населението кои може да имаат повисока преваленција на заболувањето или ризик фактор, или кои можат да имаат потешкотии со пристапот до службите.

Кај нашата пациентка ќе се направи физикален преглед, ќе се измери артериска тензија, ќе се одреди ИТМ и обем на половина, ќе се назначат лабораториски иследувања гликемија, липиден статус и креатинин и че се одреди кардиоваскуларен ризик. Доколку истиот е низок ќе се планира следен скрининг за кардиоваскуларни болести после 5 години. Ќе се провери кога била последен пат на гинеколог за да земе ПАП тест и доколку не е направен во последните 3 години ќе ја потсетиме дека треба да го посети матичниот гинеколог за ПАП тест.

9.1.7 <u>ЕДУКАЦИЈА</u>

Постојат докази дека кратки интервенции интегрирани во рутинска примарна здравствена заштита можат ефикасно да доведат до решавање на најчестите ризици по здравјето, вклучувајќи престанок со пушењето, здрава исхрана, редовна физичка активност, соодветна употреба на алкохол, и одговорно користење на контрацептиви (Whitlock et al, 2002). Едноставни, директни и кратки совети од лекарот да се променат навиките и начинот на живот се ефективни во поттикнувањето на престанок со пушењето, намалување на проблемот за пиење (Whitlock et al, 2002). Не е изненадувачки, советот на лекарот за здрав живот е поврзан со зголемување на задоволството на пациентите од медицинската нега.

На пациентката ќе и се даде совет за правилна исхрана, совет за редовна физичка активност 5 дена во неделата по 30 минути дневно, и со оглед дека пуши ќе се праша дали е решена да се откаже од пушењето, особено кога планира да остане бремена. Семејниот лекар ќе и даде информации во поглед на штетното дејство на пушењето врз плодот. Доколку постои спремност за откажување се продолжува со планот се даваат неколку кратки совети и се закажува нова консултација за 1 недела.

Ефективна комуникација на лекарот е од суштинско значење во промовирањето на здравјето и за промена во однесувањето на пациентите.

Советување на пациент:

- Емпатија
- Неосудување
- Почитување кон пациентот
- Доверба

Кого да едуцирате?

Жените имаа важна улога во модифицирање на фактори на ризик, особено во областа на исхраната.

Исто така има и фази на животот, кога луѓето се заинтересирани за здравјето, на пример младите родители, возрасни кога одат во пензија.

Деца исто така може да играат важна улога во спроведување на здравствената порака на родителите кои пушат.

Општа амбуланта е многу погодна за поддршка и следење на задачите на секундарна превенција.

ЗДРАВСТВЕНО ОДНЕСУВАЊЕ ПОСЕБНИ ПРЕПОРАКИ

Пушење: постои добро документирана ефикасност на клиничко советување во превенција и прекинување на пушење. Лекарот треба да продолжи да го прашува пациентот при секоја консултација дали решил да се откаже од пушење и треба да обезбеди информации / едукација за пушење која што се однесува на специфична здравствена состојба на пациентот.

Кога пациентот е подготвен да направи промена, се користат следниве стратегии за да се охрабри пациентот да:

- Дефинира " Дата кога ќе престане."
- Ги елиминира сите работи кои се поврзани со пушењето во куќата и во автомобилот.
- Постави "No Smoking" знаци во просториите каде што тој претходно пушел.
- Да им каже на другите дека се откажува од цигарите и да побара поддршка.
- Да направи листа на здравствена и лична корист од прекинување на пушењето и да ги има на видно место поставени.
- Да практикува секојдневно стрес менаџмент активност (на пример, релаксација, само-хипноза, или медитација).
- Започне или ја зголеми дневната физичка активност
- Да размисли за користење на никотинска заместителна терапија (на пример, мастика за џвакање, инхалатор).
- Да размисли за користењена лекови (на пример, Chantix, Zyban, итн.)
- За пациентите кои се подготвени да се откажат или да почнат со промени во однесувањето поврзани со пушењето постојат веб-сајтови за само-помош.

Исхрана: Начинот на исхрана влијае на многу хронични состојби, како и на дебелината. Потребно е да се земе комплетна анамнеза за исхраната; ова може да вклучува интервјуирање на пациентот и водење на дневник за исхрана.

Слабеење - општи препораки:

- Потребно е да се вклучи нутриционисти и друг обучен персонал ако се достапни (на пример, едукатор за дијабет)
- Да се препорача урамнотежена исхрана која се базира на пет основни прехранбени групи (Водичот Пирамида): (1) зрна; (2) плодови; (3) зеленчук; (4) млечни производи; и (5) меса и грав.
- Да се зголеми физичката активност и редовно вежбање вон од нормалните дневни активности (цел е да се зголеми губиток на дополнително 1.000 калории неделно или вкупно 10.000 чекори за ден).
- Да се идентификуваат лесни начини за да се намали внесувањето на калории а особено на транс - заситени масти (кардиоваскуларен ризик; МБД_ А)
- Да се јадат почесто помали оброци, кои вклучуваат овошје и зеленчук. (МБД _ Б)

- Да се практикува секојдневно стрес менаџмент активност (на пример, релаксација, само-хипноза, се фокусирано дишењето). (МБД _ С)
- Да се постави акционен план за промена на однесување и да се следи напредокот. (МБД _ А)

Вежбање: потребно е да се советуваат сите пациенти за придобивките од редовна умерена вежба. Групи кои бараат дополнително внимание поради возраста / полот / одредени ризици вклучуваат жени, етничките малцинства, возрасни лица со пониски образовни постигнувања и постари возрасни. Препораките за редовна физичка активност треба да бидат прилагодени на здравствениот статус и начин на живеење на секој пациент (МБД _ С).

- Возрасните треба да посветат 30-60 минути на умерена физичка активност во текот на повеќе денови во неделата (вклучувајќи одење, возење точак, градинарски работи, танцување,итн.) 5-7 дена во неделата
- Да се обезбедат упатства за безбедно вежбање. Оние со зголемен ризик од повреда или медицински компликации, треба да се советуваат за соодветна физичка активност. Да се препорачат конкретни упатства за вежби специфични за одредени болести.
- Да се разговара за трите компоненти -фреквенција, интензитет и време.
- Стандардно кардиоваскуларно загревање од 5 минути. Пациенти со срцева болест или хипертензија може да имаат потреба од 7 до 10 минути загревање
- Да се препорача дневни активности за зајакнување на мускулите.

Алкохол и други дроги

- Кај секоја адолесцент и возрасни треба да се постават прашања при рутински земање на анамнеза за количеството, фреквенцијата, и други начини на употреба на вино, пиво, алкохол, дрога. (МБД _ Б) Достапни се прашалниците за систематско откривање на проблемот со пиење.
- Да се преговара со пациентот за безбедно пиење Препораки за здрава, небремена жена не повеќе од 7 единици неделно или 3 пијалоци по повод; препораки за здрави мажите не повеќе од 14 единици неделно или 4 единици по повод. За пациенти постари од 65 години, препорачуваме да не пијат повеќе од 1 единица на ден. За пациентите кои пијат над овие количини, треба да се изготви акционен план за да се намали или да престанат со пиење (МБД _ Б) Една единица пијалок претставува 1 дл вино, 250 дл пиво, 1 чашки алкохол.Не постои безбедно ниво на внесувањето алкохол за време на бременоста. За да се намали ризикот од оштетување на плодот од алкохол (FASD) кај бремени жени, или оние што сакаат да станат бремени треба да се советуваат да не пијат. (МБД _ Б)
- Пациенти кои злоупотребуваат супстанции треба да се информираат за постоење на хемиска зависност, за ефектите од дрога, и нејзиниот ефект врз здравјето. Интравенски корисници на дрога треба да се упатат на третман и да се предупредат против употреба на контаминирани игли или шприцеви, преку кои може да се пренесе ХИВ, хепатит Б вирусот, и други организми.

Проценка на зависност од консумирање на алкохол:

- потреба да пие секој ден
- често пие сам

- пие за да се смири и да го смири тресењето на рацете
- пие рано од сабајле
- има силна желба за пиење алкохол
- поминува многу време на активности каде е алкохолот достапен
- занемарува други интереси или задоволства

Скрининг:

Два или повеќе позитивни одговори укажуваат на проблем

ТЕХНИКИ ЗА СОВЕТУВАЊЕ

9.1.8 **Попознат е таканаречен** "5 А модел",

се применува при различни ризични однесувања. Минималниот пакет на интервенции што се предвидени во примарната здравствена заштита се следниве:

- *Проценка (assess):* Само ако пациентот и докторот се договорат за промена. Прашајте за здравјето / процени ризици за здравјето и фактори кои влијаат врз изборот на промена на однесување. Проценија ја мотивираноста на пациентот за промена. За пациенти со повеќе ризици, треба да се избере еден и на него да се фокусира и пациентот и докторот. Дефинирање на цели и методи.
- *Советување (advise)*: Дајте јасни, конкретни, и лични совети за промена на однесувањето, вклучувајќи и информации за лични здравствени штети и добивки по здравјето.
- *Договор (agree)*: изберете соодветен и реален третман врз основа на интересот на пациентот и неговата подготвеност да го смени однесувањето.
- *Помогни (Assist*): Користејќи соодветни техники за промена на однесување (за само-помош, советување, или и двете), помогни му на пациентот во постигнување на договорените цели со стекнување на вештини, доверба и подршка од социјалните облици и облици на подршка во заедницата, дополнети со доплнителни медицински третмани, кога е соодветно (на пример, за фармакотерапија на зависноста од тутунот, контрацепција).
- *Организирај (Arrange)*: закажи консултација за следење (лично или по телефон) да се обезбеди постојана помош / поддршка и да се прилагоди планот за третман ако е потребно, вклучувајќи упатување кон поинтензивни или постручен третман. Во почеток контроли на пократки периоди а покасно на подолги.

Фактори кои ја зголемуваат ефикасноста на едукацијата на пациентот од страна на семејниот лекар:

- Оценување на *здравствената просветеност на пациентот*
- Чувството на *доверба* кај пациентот кон докторот
- *Лице-в-лице* едукација
- *вВклучување на пациентот* во донесувањето на одлуки
- *Истакнување на придобивките и цената*
- Да му помогне на пациентот *да го запомни она што му е кажано*
- Прилагодување на информациите кон *интересот на пациентот* за промени
- Стратегии за *совладување на потешкотии* во прифаќање
- Употреба на *помош* при донесување одлука

9.1.9 Техника на Кратка интервенција: (Ова трае 5-10 минути)

a. Совет за намалување на пиење (пушење) безбедно ниво
b. Резиме на придобивките од ова намалување
c. Обезбедете информативни брошура
d. Пациентот да го следи својот напредок во дневник
e. Следење на напредокот во тек на идни консултации или по телефон
f. Предложете дополнителна помош како на пример на групи за подршка или откажување.

Компоненти на ефективна кратка интервенција за промена на животните навики (МБД _ А)

1. Фокусирана кон пациентите: Секогаш кога е можно, интервенцијата прилагодија на потребите и интересите на пациентот.
2. Поврзана со здравјето: Преглед на влијанието на интервенцијата врз физичкито и / или менталното здравје на пациентот.
3. Ориентирана кон однесувањето: фокусирана на она што пациентот може да "направи" поинаку. Корисно е правење на анализа на интервенцијата во смисла на создавање на "акционен план".
4. Реална: прифатлива од страна на пациентот за постигнување на целите. Направи ги интервенциите така да се постигне успех во мали чекори.
5. Контролирана интервенција во однос на она што пациентот може веднаш да го постигне и да има контрола (на пример,1 милја одење дневно, наместо да губи 2 кг/неделно).
6. Мерлива: Следи го напредокот на пациентот и охрабри го пациентот на само-мониторинг.
7. Практична: Примени интервенција на пациентот во секојдневниот живот и поттикни го пациентот да почне да прави промени веднаш.

Размислувања на докторот:

- Внимавај на животниот циклус и содржината: постојат многу фактори што можат да влијаат на нивните сегашни искуства-култура, животната средина, емоции, верувања, генетика, биологија, духовност, нивото на здравствена просветеност, итн
- Останете фокусиран на пациентот со кого се среќавате.
- Судете ги однесувањата и изборите, а не личноста. Не е пациентот тој кој е со мани или "лош", тоа е изборот и однесувањето на пациентот кои се проблематични.
- Биди позитивен: несомнено дека ќе има и позитивни и негативни страни потенцирај ги позитивните страни.
- Земи ги во предвид предностите: Секој пациент има силни страни што може да бидат избрани за да му помогнат (на пример, креативност, оптимизам, тимска работа, сочувство, благодарност).

9.1.10 Модел за промена на однесувањето.

Моделот за промена на однесувањето може да се примени практично при секоја промена на начинот на живот или однесување (пр., престанок со пушењето, губење на тежината, здравата исхрана).

Модел за промена на однесување		
Фази на промена	Намера на пациент	Задача на доктор
Пред премислување	Не размилсува за промена не се свесни дека нивното однесување му штети на здравјето или не се информирани за штетното дејство на нивното однесување врз здравјето. Игнорира постоење на проблем Нема доволно искуство со негативни по здравје последици	Здравствена едукација Објасни му ги штетните ефекти од постоечкото однесување Потикнување на индивидуата на размилсување и самоанализа
Премислување	Свесен за проблемот но несака да прави промени (во иднина) Амбивалентност Сеуште разгледува опции Почнува да бара релевантни информации Конфликт на емоции	Изнеси му ги фактите за и против промена на однесувањето кост-бенефит анализа Потикни самодоверба Дефинирај ги бариерите
Подготовка	Планира да направи промени (во период од 1 месец) Превзема мали промени	Набројување на можни опции Дефинирање на целите Помош да развие конкретен акционен план Листа на мотивациони искази
Акција	Вклучен во спроведување на планот и промена на однесување	Потикнување, подршка Следење на активностите Награда на успехот Вреднување/Обезбедување

		повратна информација Дискусија/Понуда на социјална подршка
Одржување	Одржување на промената во однесувањето (во период од 6 месеци) Превзема одговорност за новото однесување	Следи го напредокот Потокни ги успесите Изградија довербата на пациентот Откриј ги проблемите и грижите на индивидуата – стратегија за совладување на предизвиците
Релапс	Слабее волјата на индивидуата, ги враќа старите навики	Суди го изборот а не пациентот Фокусирај се на минатиот успех Идентификувај нови вештини Редефинирање на целите Повторно започнување на цикјлусот за промена на однесување

Одредување на спремност за промени.

Проценка на согледувањата на пациентот за важноста на овие прашања и нивната доверба кон докторот да се вклучи во промена на однесување и постигнување на здрави навики.

Рангирањето на важноста и на довербата на пациентот ќе ви овозможи да го одредите нивото на внатрешната мотивација и спремносат на пациентот за промени. Прашајте го пациентот на следниве прашања во врска со специфичното однесување:

1. На скала од 0 до 10, колку е важно за вас да (престанам пушење, вежбање, менаџмент на болеста, и сл), при што 0 не е важно а 10 е од исклучително значење?

2. На скала од 0 до 10, колку си сигурен дека ако решиш да ... (т.е., го губат тежина), тоа може да го направиш? 0 значи дека воопшто не си сигурен и 10 значи дека сте крајно убедени.

3. Зошто ја дадовте таа оценка (односно, 5)?

4. Што ќе ја зголеми вашата мотивација или доверба на 9 или 10?
5. Користете ги одговорите на пациентот за да ви помогне во одредувањето на соодветна фаза на промени и соодветна интервенција,

Фаза на предпремислување

Едуцирај го пациентот за неговата состојба и потенцијалните негативни здравствени последици.

- Едуцирај го пациентот за врската меѓу неговото однесување и водењето на неговата состојба / спречување на компликации.
- Обезбеди писмен материјал за здравствената состојба соодветно на нивото на образование на пациентот.
- Продолжи да го прашуваш пациентот за однесувањето на секоја наредна посета.

Преод од премислување кон акција

- Користете проценка на cost-benefit од промената за да се идентификува и да се потенцира секаков конфликт или амбивалентност на пациентот која може да ја има за промената

Одредување на cost-benefit равнотежа при одвикнување од пушење			
Да се продолжи со пушење		Да се одвикне од пушење	
Грижа за здравјето	Помага при стрес	Зголемен стрес	Помалку кашлање наутро
Му смета мирисот и чадот	Најдобар пријател	Добивање во тежина	Повеќе енергија
Не може да пуши секаде	Ужива во пушење	Губење на единственото уживање	Повеќе пари
Социјална обележеност		Губење на симптоми	Подобар пример за децата
Замор, не може да прави одредени активности			

- Процени ги изјавите на пациентот и открij конфликт (на пример, слушам дека одвикнување од пушењето го чувствувате како губење на пријател, но, исто така, дека сте многу загрижени за вашето здравје).
- Признајте ја "цената" на промена и утврдете ја мотивација / доверба на пациентот кои ќе му помогнат на пациентот да се движи кон "придобивките" на промени.

Креирање на акционен план. Поттикнување на пациентот да ги идентификува следниве цели:

- Навика или однесување кое треба да се менува (вежби, лекови, откажување од цигари, променена на начинот на исхрана, итн.)
- Специфична цел во рамките на тоа однесување (јас ќе почнм да шетам).
- Количина и зачестеност на однесувањето (20 минути одење, 3 дена неделно - понеделник, среда и петок).
- Време од денот кога ќе се случува однесување? (Јас ќе одам на утро пред работа).
- Доверба во нивниот акционен план на скала од 1 до 10.

Одржување и превенција на рецедив

- Прашај за текот на акционен план и напредокот на пациентот.
- Направете позитивни коментари за секое/сите подобрувања во однесување.
- Одај Признание и помогни му на пациентот да ги согледа врските помеѓу промените во однесувањето и резултати по здравјето.
- Попуштање на волјата и релапси се јавуваат природно како дел од промена на однесувањето. Осуди го изборот да се вратат старите навики, а не поединецот, дискутирајте ги и идентификувајте ги предизвикувачите за релапс и исто така поддржувај го во совладување на бариерите за постигнување на посакуваното однесување.
- Поставувај прашања за да го наведеш пациентот на рефлексија за изборите и решавање на проблеми, (предлози и прашања). Одредување на ресурси и зајакнување на позитивните чекори кои пациентот ги превзел во минатото. Поттикнување и следење на напредокот за пациентот да остане на вистинскиот пат. Пример прашања, кои помагаат да се дополнат информациите од пациентот:

a. Што се случи?
b. Што недостасува?
c. Што е следно?

МОЖНОСТИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА ВО АМБУЛАНТА

9.1.11 Можности за превенција во општа пракса

Во просек, семејниот доктор го гледа пациентот 3-4 пати годишно, со исклучок на младите да средно возрасни мажи, кои можат да не се јавуваат на преглед.

Скрининг Лекарот може да помогне во национални или локални скрининг кампањи со спроведување на постапката или со поттикнување на пациентите да ги искористат можности. Ова може, на пример, ако се појави кампања за откривање на рак на грлото на матката, рак на дојка или глауком.

Барање на поедини пациенти од интерес - може да се потикне од неодамнешната болест во еден од членовите на дадено семејство. Напад на срцев удар на еден млад човек често ги потикне другите членови на семејството да дојдат за проценка на кардиоваскуларен ризик, вклучувајќи следење на крвен притисок и мерење на липидите. Не е невообичаено за лекарот, да најдете иека други членови на семејството, кои се изложени на ризик од кардиоваскуларни болести.

Опортунистички 50% од консултации на семеен лекар се за мали самоограничувачки болести, па истата консултација може да претставува можност за превенција и промоција. Лекарот дава совети на пациентот околу инфекција на горниот респираторен тракт, но може да ја искористи истата консултација да го советува пациентот за пушењето. Слично на тоа, женски пациент со акни може да добие истовремено да биде советувана и за контрацепција.

9.1.12 Бариери од страна на пациентот

Образование

-Образованието е моќно средство за промена. Помеѓу 10% и 20% од луѓето во западните општества имаат проблеми со читање и пишување.

Ова има директен ефект и лишување на подгрупата на пациенти кои неможе да користат писмени материјали за здравствена едукација.

-Јазик особено меѓу етничките малцинства или бегалци.

-Постојат, исто така, половите разлики, жените кои имаат поголема одговорност од мажите за семејството на здравјето. Едукативните програми за здравјето се насочени кон жените и тоа може да има драматични резултати во областите како што се плодност и детска заштита .

-културни, религиозни?

Работа

-Невработеноста - пречка за здрав живот. Долгорочно невработени лица кои се необразовани и неквалификувани. Оваа подгрупа е особено чувствителна на лошо здравје, како директен ефект на сиромаштијата.

-Во работното население, луѓето мора да работат прекувремено за да врзуваат крај со крај и можат да имаат малку време за здрав животен стил.

-стресот од прекумерна работа е епидемијата, често доведува до лошо здравје и отсуство од работа.

Притисок од врсници

Peer притисок има и позитивни и негативни ефекти. Опаѓањето на бројот на прифатливост на пушењето меѓу средната класа. Зголемувањето на потрошувачка на пушење и алкохол особено меѓу младите жени, а исто така и од страна на експериментирање со дрогата често во тинејџерските години.

Уживање

Употребата на тутунот и алкохолот е добар пример на активностите кои се уживаат во голем број на луѓе. Тоа е тешка задача, да се убедат луѓето да се откажат, или да гиу намалат активностите кои им причинуваат задоволство.

9.1.13 Бариери меѓу професионалците

Примарната здравствена заштита е во добра позиција за спроведување превенција и промоција на здравје. Но лекарите поради недостатокот на интерес и мотивација не ја

користат можностите да спроведуваат превенција и промоција во тек на консултација. Потребно е да се изнајдат стимулациско мотивациски модели.

-*Времето* е веројатно најголемата пречка за промоција на здравјето и превенција во општа амбуланта. Киконсултацијата трае помалку од 10 минути во повеќето општи амбуланти, неоставајќи време за ништо друго освен да се занимаваат со жалбата на пациентот. Но, можности, особено за секундарна превенција во општите практиката, се огромни, како на пример:

добра контрола на нивото на шеќерот во крвта кај пациенти со дијабетес, намалување на ризик-факторите по миокарден срцев удар...

ЛИТЕРАТУРА

1. Ross J Taylor, Brian R McAvoy, Tom O'Dowd General Practice Medicine an ilostrated colour text Elsevier Science Limited 2003
2. Llewelyn Huw, Hock Aun, Lewis Keir, Al-Abdulla, Anees Oxford Hanbook of clinical Diagnosis 1st Edition Oxford University Press 2006.
3. Robert Rakel Essential Family Medicine foundamentals and case studies Third Edition Elsevier Inc. 2007
4. Mengel BM, Schwiebert LP Family medicine Ambulatory Care and Prevention Fifth edition.McGrawHill Medical 2009

10 КЛИНИЧКИ ВЕШТИНИ

Прим.д-р Зоран Стојановски

ОДРЕДУВАЊЕ НА ИНДЕКС НА ТЕЛЕСНА МАСА

Вовед:

Телесната тежина е важен фактор во калкулацијата на ризикот за кардиоваскуларните болести, но исто така многу болести и состојби се асоцирани со зголемена телесна тежина. Индексот на телесната маса (ИТМ) е метода со која може да се види дали телесната тежина е адекватна за телесната висина, или постои потхранетост, односно натхранетост/дебелина. ИТМ е апликабилен само за возрасната популација, додека за деца има посебни табели за пресметување на постоење на дебелина или потхранетост.

Начин на пресметување:

ИТМ се пресметува на тој начин што телесната тежина, изразена во килограми, ќе се подели со квадрат од телесната висина, изразена во метри, односно со формулат Тежината $\frac{\text{Тежина (кг)}}{\text{Височина (м}^2\text{)}}$ се мери наутро, со празна бешика, само со долна облека.

Интерпретација:

Добиените резултати се интерпретираат согласно податоците дадени во табелата подолу.

ВРЕДНОСТ НА ИТМ	**КАТЕГОРИЗАЦИЈА**
Помалку од 18.5	Потхранетост
18.5 – 24.99	Нормален индекс на телесна маса
25 – 29.99	Натхранетост
30 – 34.99	Дебелина – Прв степен
35 – 39.99	Дебелина – Втор степен
Повеќе од 40	Дебелина – Трет степен - (морбидна дебелина)

МЕРЕЊЕ НА КРВЕН ПРИТИСОК

Вовед:

Артериската хипертензија (ХТА) е најчестото, хронично, неинфективно заболување во современит свет. Се претпоставува дека од ХТА боледува околу една третина од возрасната популација на земјата. И покрај огромната важност на ХТА, како најчеста патологија на возрасните, податоците говорат дека само околу 12-15% од пациентите кои имаат покачен крвен притисок добиваат адекватна терапија и имаат задоволувачки терапевтски одговор. Поради истото проценките на Светската Здравствена Организација се дека контролата на артериската тензија е најважен предизвик во медицината и јавното здравство во следните 20-тина години.

Мерење на крвен притисок – аулскутаторна метода:

Присокот се мери по мирување од околу 10-тина минути, во седечка положба, со наслонет грб и рака поставена во висина на срцето. Пониско поставена рака може да даде повисоки вредности. Се мери два пати со временско растојание од 2 минути. Во колку кај пациент прв пат се мери артериската тензија треба да се измери на двете раце. Кај пациенти со сомнеж за постоење на постурална ХТА потребно е тензијата да се измери и во стоечка положба. Одредувањето на димензијата на манжетната е важна бидејќи помала, или поголема може да даде неточни резултати. Најдобро е манжетната да опфаќа околу 80% од циркумференцијата на надлактицата. Помала манжетна дава повисоки вредности на артерискиот притисок. Стандардната димензија на манжетната изнесува 12-13цм х 35цм. Истата се поставува на 2-3 цм над лактот по претходно целосно испумпување, со стрелката во правец на брахијалната артерија, на надлактица комплетно ослободена од облека. Се полни 20-30 мм/Хг над очекуваниот притисок, односно во колку не се знае приближната вредост на артериската тензија се палпира радијалниот пулс, и инфлацијата на манжетната се прекинува кога истиот ќе изчезне. Стетоскопот се поставува во кубиталната јама над брахијалната артерија. Дефлацијата на манжетната се изведува споро со околу 2-3 мм/Хг во една секунда. Појавувањето на тоновите и нивното изчезнување (Короткофф-ови фази 1 и 5) го претставуваат систолниот (фаза1) и дијастолниот (фаза 5) крвен притисок. Пожелно е да не се пуши цигара, или да се зема алкохол најмалку 15-тина минути пред да се измери артериската тензија. Кога се изведува мерењето треба да се обезбеди мирна околина и не треба да

се разговара. Апаратите за мерење на артериската тензија треба да се калибрираат редовно согласно препораките на производителот.

Интерпретација на добиените резултати:

Значењето на добиените вредности се дадени во табелата што следи:

Артериска тензија Категоризација	**Систолна тензија Мм/Хг**		**Дијастолна тензија Мм/Хг**
Оптимална	<120	и	<80
Нормална	120–129	и/или	80–84
Висока нормална	130–139	и/или	85–89
Хипертензија-1 степен	140–159	и/или	90–99
Хипертензија-2 степен	160–179	и/или	100–109
Хипертензија-3 степен	≥180	и/или	≥110
Изолирана систолна хипертензија	≥140	и	<90

МЕРЕЊЕ НА ВРВЕН ЕКСПИРАТОРЕН ПРОТОК

Вовед:

Од астма боледуваат околу 5% од земјината популација. Поради тоа астмата претставува важен здравствен проблем кој сериозно ги оптеретува здравствените системи. Најновите ставови во упатствата за водење на астма препорачуваат т.н. тотална контрола на астмата, што претставува превентивна употреба на лекови (прва линија – инхалирачки стероиди, сами или во комбинација)) кои нема да дозволат егзацербација т.е. акутен напад. Иако златен стандард за дијагноза и одредување на степенот на астмата, како и информација како истата е контролирана е спирометријата, со т.н пикфлоуметар може многу брзо и едноставно (посебно во услови на примарна здравствена заштита) да се види дали водењето на астмата е добро т.е. дали превентивата/терапија е адекватна. Мерачот на врвниот експираторен проток ја мери брзината со која воздухот излегува од дишните патишта.

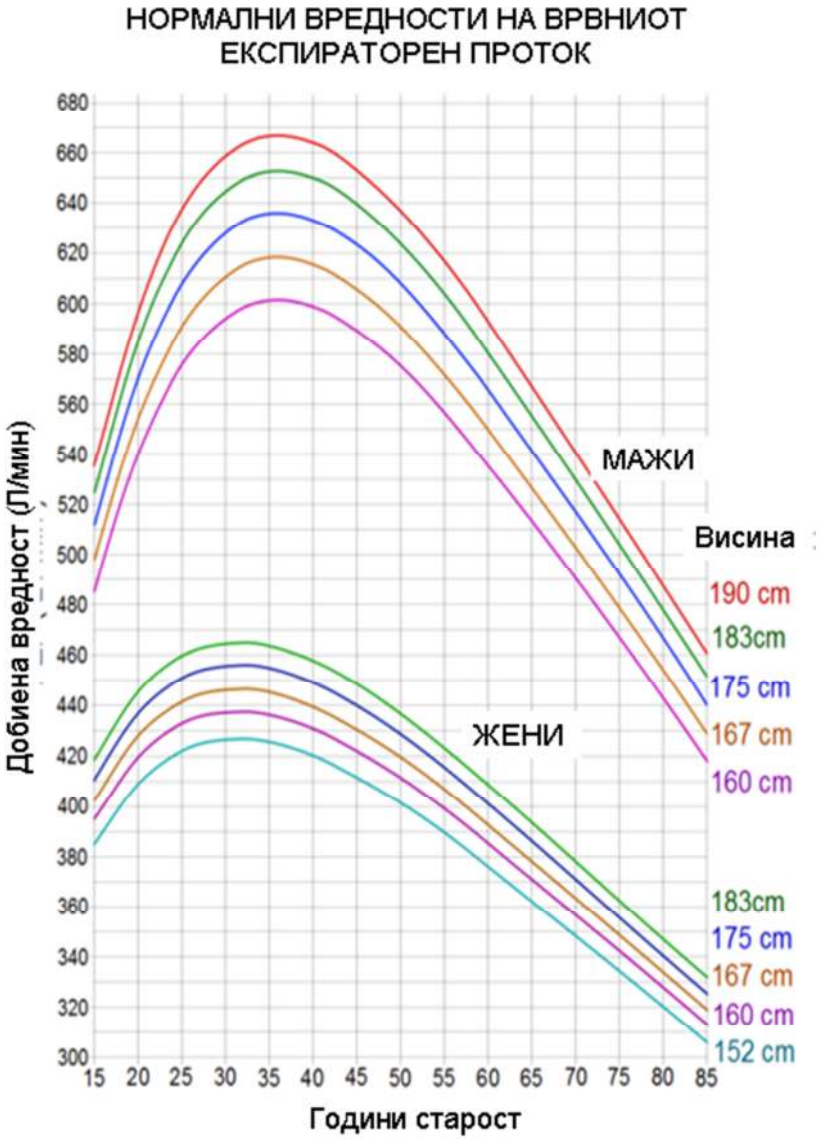
Мерење на врвен експираторен проток:

Се изведува во стоечка положба, со главата исправена, или малку подигната нагоре. Претходно се земаат неколку длабоки респирации. Маркерот за покажување на вредноста се поставува на нула. Пожелно е при секоја употреба да се стави нов додаток за устата, но во колку нема се дезинфицира со алкохол. Пред да се направи максимален, форсиран експириум се прави најдлабок инспириум и воздухот се задржува. Понатаму, со усните целосно се опфаќа додатокот за устата, а потоа се прави максимално форсирана, силна, кратка експирација (како да се дува свеќа). Процедурата се повторува 3 пати, се зема највисоката вредност и се интерпретира према стандардни нормограми земајќи ги во предвид полот, висината и годините старост. Бидејќи основен патолошки субстрат кај астмата е опструкција на дишните патишта форсираната експирација ќе биде со намален интензитет, односно вредностите кои ќе ги покаже пикфлоуметарот ќе бидат намалени.

Интерпретација на резултатите

Пикфлоуметарот ги отсликува опструкциите само на поголемите дишни патишта. Вредности под 80% од т.н личен максимум (добиен како највисока вредност од 3 мерења кога нема астма симптоми) или од предвидените вредности (дадени во нормограмите) значат лоша контрола и најчесто изискуваат зголемување на дозата на инхалерот. Исто така 24 часовни варијации на вредностите на пикфлоуметарот поголеми од 20% значат лошо водење на астмата, и бараат корекции во терапијата. Редукција на резултатите добиени со пикфлоуметрија може да се појави и при други респираторни заболувања, но со изведување на бронходилататорниот реверзибилен тест со кратко делувачки бета агонист (реверзибилност на опструкцијата е карактеристика на астмата) можеме да ја потврдиме, или исклучиме дијагнозата на астма.

Вредностите на изведената пикфлоуметрија, адаптирана према полот, возраста и годините старост се дадени на табелата подолу. Интерпретацијата се изведува на следниов начин. Прво се наоѓаат годините старост наредени хоризонтално во долниот дел на нормограмот. Потоа од точката која ги претставува годините се оди вертикално нагоре и се гледа каде се допира со групата на линии кои ја преставуваат телесната висина (за мажи горната група линии, а за жени долната). Од местото каде се пресекуваат се оди хоризонтално лево, каде се отчитува вредноста на потребните вредности на врвен експираторен проток изразена во литри на минута.



ДИГИТАЛЕН ПРЕГЛЕД НА ПРОСТАТА

Вовед:

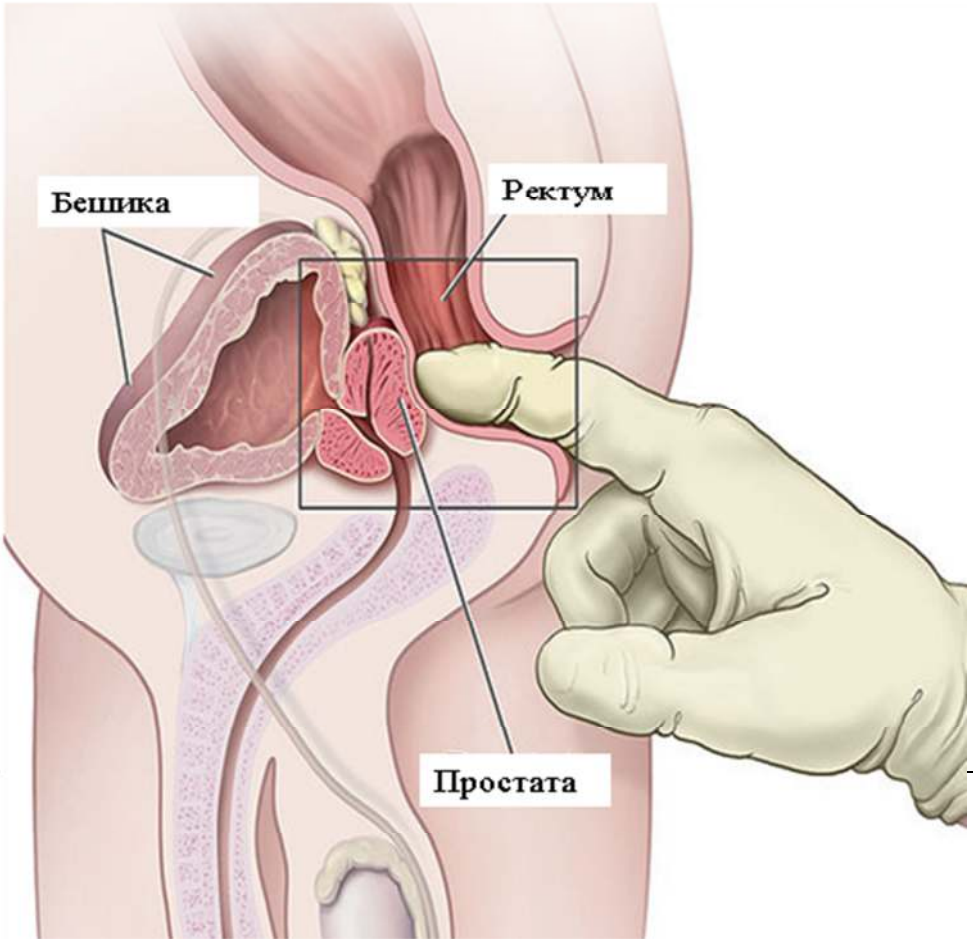
Бенигното зголемување на простатата вклучува хиперплазија (зголемување на бројот на клетките) и хипертрофија (зголемување на димензиите на клетките на простатата). Зголемената простата може да ја притисне уретрата и да предизвика проблеми со празнење на везика уринариа. Клинички тоа се манифестира со дизурични тегоби, често мокрење, нагон за мокрење во ноќните часови, но исто така го зголемува ризикот од појава на уринарни инфекции. Малигните промени на простатата често не даваат никакви симптоми во пораните стадиуми. Поради истото дигиталниот ректален

преглед може да помогне во рана детекција на карциномот на простатата. Поради низа причини (менталитет, култура, религија) прегледот не е лесно прифатлив од пациентите.

Изведување:

Пациентот се поставува во лакатно-колена положба, или што е помалку непријатно за пациентите, легнува во лево бочна позиција со свиткани колена кон градите. Испитувачот става ракавица и лубрикант. Со левата рака се прошируваат глутеусите и пред да се влезе во анусот се прави инспекција на аналниот предел и на перинеум и се дава опис на истите (присуство на фисури, хемороиди, фистули, крв). Со показалецот од десната рака се влегува во аналниот отвор и преку ректумот се палпира простатата. Се опишува сулкусот и лобусите на простатата во правец на промени во големината, формата и конзистенцијата, како и присуство на чворчиња и неравнини. По завршениот преглед се гледа дали има присуство на крв, слуз, или фекални маси на ракавицата, се чисти лубрикантот во делот околу анусот, се вади ракавицата и се мијат рацете. Процедурата е едноставна и обично трае 2-3 минути.

Види слика подолу.



ПРЕГЛЕД НА ДОЈКА

Вовед:

Редовните амбулантски прегледи на дојките од здравствените работници се многу важни бидејќи може да детектираат малигна промена во ран стадиум, кога оперативната интервенција може да значи комплетно излекување. Треба да се советува и едуцира секоја возрасна пациентка да си прави само-преглед на дојките еднаш месечно.

Изведување на прегледот:

Пациентката треба да биде информирана за прегледот и за начинот на кој истиот ќе се изведува. Пациентката е соблечена до слабината. Егзамиинаторот прво ги мие рацете. Потоа прави инспекција на обете дојки. Се опишуваат обликот, контурите, формата, димензијата, симетричноста, дали има промени на кожата (боја, осип, пигментација, вовлеченост, цикатрикси). Следи инспекција на подвижноста на двете дојки гледајќи ја симетричноста на подвижноста, односно дали има ретракција, така што прво со двете раце се допира слабинатата, а потоа се подигаат нагоре, како што е прикажано на сликата подолу:

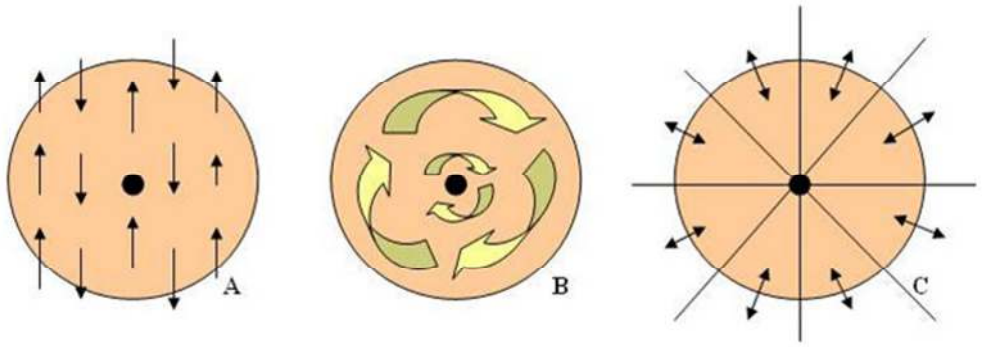


Потоа се изведува инспекција на брадавиците. Се опишува димензијата, обликот, симетричноста, дали има инверзија, дали се вовлечени и дали има исцедок.

По завршување на инспекцијата се поминува на палпација. Прво се палпираат лимфните нодули аксиларно, потоа супраклавикуларно, инфраклавикуларно и цервикално. Се изведува со трите средни прсти од раката. Во колку се детектира промена (зголемени лимфни јазли) се опишува нивниот број, локација, големина, конзистенција и подвижност.

Палпацијата на дојките се изведува во регионот ограничен: горе со клавикула, доле со 6-7 ребро, странично со медијалната аксиларна линија и централно со стернум. Палпацијата почнува со бимануелен преглед, во кој пациентката е во седечка положба. Се става десната рака над, а левата рака под дојката за палпација на десната дојка, додека за левата града распоредот на рацете е обратен. Се притиска градата и со јагодиците на трите средни прста се бара промена.

Потоа пациентката легнува и се палпира дел по дел, прво едната, па потоа другата града. Можни се повеќе техники на палпација, но најчесто употребувани се лентовидната - горе долу, кружната - почнувајки од ареола, и зраковидната - почнувајки од центарот движејки се кон периферијата. Неоходно е со јагодиците од прстите да се палпира внимателно опфаќајки ги сите делови од дојките, за да не се пропушти откривањето на помали промени. Во колку се детектира промена прво се опишува локацијата (градата се дели на 4 квадранти), понатаму нејзината големина, конзистенцијата, подвижноста и се дава првично мислење за истата. Опишаните најчести техники на палпација се прикажани на сликата што следи.



На крај се палпираат ареолите, внимателно гледајки дали се сеценира секрет.

ОДРЕДУВАЊЕ ГЛИКЕМИЈА

Вовед:

Според податоците од Светската Здравствена Организација во светот од дијабет боледуваат 364 милиони луѓе. Годишно околу 3,5 милиони од нив умираат како резултат на последици од дијабетот,од кои дури 80% се од земји со низок стандард. Се проценува дека до 2030 година бројката на заболени од дијабет ќе се дуплира.

Појавувањето на дијабет може да се одложи со здрав начин на живеење и исхрана, зголемена физичка активност, нормален индекс на телесната маса и со избегнување на употребата на тутунот. Со рана детекција на дијабетот, пред се на ризичните групи, како и со добро водење на дијабетот и одржување на гликемијата во посакуваните граници, силно се намалуваат кардиоваскуларните компликации и целните оштетувања на органи како резултат на дијабетот.

Мерење гликемија во ПЗЗ:

Контролата на гликемијата е од круцијано значење кога станува збор за адекватен менаџмент на дијабетот. Со гликометарот лесно се ракува и се обезбедува брз резултат на вредностите на гликемијата. Пред да се земе крв од прстот, рацете убаво се измиваат и сушат со сува и чиста крпа. Понекогаш е пожелно да се загреат рацете, или да се измијат со топла вода, со цел да се олесни истекувањето на крв по боцкањето на прстот. Гликометарот се вклучува, се калибрира доколку тоа е неопходно, а потоа во него се става тест трака. Јагодицата на прстот се дезинфицира со медицински алкохол и се чека целосно да се исуши. Со ланцета за еднократна употреба странично се боцнува јагодицата на прстот и се капнува една капка крв во местото на тест траката кое е детерминирано за тоа. Се препорачува да не се истиснува крвта, туку да истече спонтано за да не се добијат лажни резултати. Со ватата натопена со алкохот се покрива боцнатото место. Ланцетата се отстранува на место предвидено за диспозиција. На екранот ќе се појави вредноста на гликемијата. Вредноста се заведува во медицинската документација.

Неопходно е пред првата употреба внимателно да се прочитаат инструкциите за употреба на гликометарот дадени од производителот. Ова е пред се важно бидејки има 2 типа на апарати: Во првиот тип на гликометри во тест траката мора да се капне цела капка крв, додека вториот тип на гликометри работи на принцип на капиларна крв, т.е. се допира тест траката со боцнатото место и самата ја привлекува крвта.

Интерпретација на добиените резултати:

Резултати на гликемија добиени на гладно (по гладување од 8-14 часа) до 6,5 ммол/Л претставуваат нормогликемија. Во колку се добијат резултати од 5,6 – 7,0ммол/Л потребна е евалуација и следење, односно треба да се направат тестовите за одредување на постпрандијална гликемија, и/или HbA_1c, и/или OGTT. Кај овие

пациенти неопходно се започнува со немедикаментозните мерки за превенција на дијабетот. Вредност на гликемијата од 7,0ммол/Л добиени 2 пати одвоено претставува дијабет. Во колку тестот за одредување на гликемија се изведе постпрандијално (1,5 - 2 часа по оброк) вредности 7,8 – 11,1 ммол/Л претставуваат состојба на предијабет и неопходна е евалуација и следење. Вредности на гликемија над 11,1ммол/Л претставуваат дијабет. Во колку гликемијата се изведе рандом, односно во било кој дел од денот вредности повисоки од 11,1ммол/Л претставуваат дијабет.

Нормални вредностите на HbA_1c за повеќето референтни лаборатории изнесува од 3-6мг%. Бидејки вредностите на HbA_1c силно корелираат со микроваскуларните компликации целни вредности за пациенти со дијабет се до 7мг%.

Хипогликемија претставува во колку вредностите на гликемијата се пониски од 2,4ммол/Л и се следени со симптоми карактеристични за хипогликемијата.