

临床指导现实情况的处理策略

在成年人抗逆转录病毒药物疗法（ART）诊所中的应用

常见的问题：

诊所内的问题

1. 病人排长队，很难提供有效的临床指导..... 4
2. 病人来看病时隐私权缺乏保护..... 5
3. 由于交通困难病人很难赴诊..... 5
4. 在治疗诊所的候诊室中病人担心缺乏隐私..... 6
5. 诊所缺乏基础设备..... 6
6. 诊所或是缺乏实施通用的防护措施所必需的设备，或是不能利用拥有的设备..... 6
7. 诊所没有为工作人员设立暴露后预防（PEP）方案..... 7

人力资源/医疗人员问题

8. 临床指导者不会当地语言..... 8
9. 医疗人员歧视问题..... 8
10. 受指导医生没有接收ART诊所的病人住院的权力；这可能导致一些缺乏艾滋病医疗经验的工作人员负责护理转入住院病房的艾滋病患者..... 9
11. 医疗人员没有将临床信息记录在病人的表格中..... 9
12. 能提供ART的合格的临床医生数量不足..... 10

配套支持服务

13. 艾滋病诊断性检验或是无法提供或是太贵..... 10

系统和供应问题

14. 诊所缺乏一个监督病人是否坚持抗逆转录病毒疗法的体系..... 11
15. 受指导医生错开抗逆转录病毒（ARV）药物，但没有一个体系来发现并改正这些错误..... 12
16. 一线ART疗法药物缺货..... 12
17. 病人的症状显示治疗不成功，但是没有二线治疗的药物..... 13
18. 当地遵循的治疗方针与全国或国际的方针相左..... 14

诊断室中的问题

19. 受指导医生诊断不出病人是否患急性病-或者- 他们不能解决急性病的医疗问题.....	14
20. 受指导医生对一些重要症状不够重视.....	15
21. 看病缺乏章法和体系。 受指导医生对病人的医疗问题没有清楚的认识.....	15
22. 到ART诊所看病的病人被错开给ART药方.....	15
23. 处于急性病危难中的病人被错误带入门诊病人部（OPD）而非急诊病房.....	16
24. 受指导医生在复诊中只关注ART疗法.....	17
25. 受指导医生错误地对病人的病情分期.....	17
26. 受指导医生无法判断机会性传染病（OI）.....	18
27. 受指导医生不知如何辨认或控制药物的毒性.....	18
28. 受指导医生在实践中过度依赖临床算法；医疗决策技术和临床判断技术还有待提高.....	19
29. 受指导医生不询问病人是否坚持ART疗程.....	19
30. 病人的情况超出指导者的经验范围之外.....	20

士气和团队建设问题

31. 士气和团队建设问题：受指导医生和其他工作人员（包括临床和非临床工作人员）士气不高，对关怀病人缺乏热情.....	20
32. 诊所的领导层水平一般，缺乏经验.....	21
33. 受训医生不愿接受指导.....	21
34. 受指导医生向医院管理部门抱怨你的表现.....	22
35. 指导者比受指导者的年纪更轻或职位更低，因而不便指导或评论对方的表现.....	22

作为一名临床指导者，你可以获得非常有价值的经验。然而，这一工作也有它独特的挑战性。指导者不一定总是有必要的经验或资源来解决他们遇到的困难。针对成人抗逆转录病毒药物疗法(ART)诊所的特定环境，这本指南手册就临床指导中经常会遇到的一些挑战性问题提供了一些可能的解决办法。本手册中的建议汇集了一批有丰富经验的临床指导者的秘诀。这些指导者曾在不同国家不同条件的艾滋病诊所中工作。

本指南手册的结构是将各个棘手的典型情景（例如：“诊断室没有足够设备来有效地控制感染”）分类，并依次提出它们的解决方案。同时，文中所有关键词都用黑体标出，以便于查找各个情景，以及解决这些问题的相关建议。

对某些问题的解决，我们还给出了附加的资料，例如一些治疗方针，或相关文章，它们对某一问题或问题的解决方法给出了更详细的描述。这些资料可以在《**临床参考文献**》或《**临床指导参考文献**》部分查找到（这些参考文献部分的资料会用黑体，下划线，和斜体标出）。

诊所内的问题

1. **病人排长队，很难提供有效的临床指导。** 当时间有限，病人排的队又长时，受指导医生的首要任务往往是尽快给病人们看病。在候诊室或过道里满是病人的情况下，临床指导者也常倾向于放弃指导，而先给更多的病人看病。

可行的解决办法：

- 哪怕在最拥挤的诊所里也有机会开展临床指导。《一分钟指导教师》这本小册子一步一步介绍了如何将繁忙的诊所转变为课堂，同时又不影响病人的处理速度或诊所的医护质量。
- 造成病人排长队的原因是多种多样的。在一天工作结束时，尽快向诊所工作人员简介汇报这一情况是很重要的。因为病人排长队也许意味着工作流程、诊所工作日或工作时间需要调整。
- 指导者可以坐在受指导医生旁边，帮助他给病人看病。从而分担一部分工作，同时又保证学习的过程。这样还可以提高咨询工作的效率。举例来说，如果受指导者正在专注于做体检，那么指导者可以帮忙在病人病历上作记录，或写药方等等。指导者和被指导者也可以不时互换一下角色，使指导者有机会来示范如何给病人看病；同时指导者也可以借此对被指导者的做记录能力提出反馈意见。从指导角度来说，这比一直让指导者自己来看病人要强。在理想状态下，指导者不应该经常性的自己来处理病人问题，因为这会错过一些提供有意义的指导的机会。
- 根据国家对诊所管理的相关政策，你可以研究一下诸如护士、咨询员、药剂师等的其他工作人员，是否也能同样地胜任一些 ART 疗法的工作。例如，你如果指导的是医生，你就可以考虑诊所中的什么工作是可以由医生转给护士来做的，这包括收集病人的部分病历。这样就可以提高效率，给更多的病人看病。
- 有些病人已稳定地接受 ART 疗法，只是每月来例行续配药物，那么可以考虑是否能延长他们问诊的间隔时间。比如，如果病人符合设立的标准，接受治疗后病情好转，可以让他们每两三个月再来做一次复诊。这样可以有助于减少每日就诊病人的数量。
- 培训分诊护士或相关人员，来负责注册第一次来诊所的病人，或审查复诊病人，从而区分那些只是来续配药物的和那些来看病症的病人，看谁可以走“快速通道”。“快速通道”的病人一般不需要看医生。分诊培训还应包括给某些病人，如急性病患者，一定的优先权。
- 国际获取平等健康关怀中心（ICEHA）的指导者们在越南、尼泊尔、和柬埔寨发现，病人排长队给诊所工作人员提供了一个学习控制传染的机会。通常，最好是让那些咳嗽的病人在人多的地方之外等候，单独候诊，或至少戴上口罩。这些病人有可能感染有肺结核病。

2. **病人来看病时隐私权缺乏保护**，譬如，有两三个医务人员在一间房子里同时给几个病人看病。

可行的解决办法：

- 尽管病人似乎通常都听任看病时没有隐私，而且医生也都习惯了这种情况，这种对隐私权的缺乏保护显然是干扰病人就诊的，它也是影响病人与医生开放式交流的一大阻力。所以我们应该尽可能避免这种情况。
- 逐步增加隐私权保护的方式也许会起作用。首先在于建立一些规矩，例如：
 - 手机应该调为振动或关机状态（病人和医务人员都应如此）。
 - 其他工作人员和候诊病人在未先敲门前不能进入诊室。如果有紧急问题需要和诊室内的人员商量，工作人员一定要先敲门才能进来。
- 其它一些要解决的问题包括诊所的空间布局。比如，通过在病人之间设立屏风、帘子、或其他障碍物来建立私人诊室，从而至少在视觉上增加一定隐私保护。
- 如果问题的关键在于诊室不够，也许需要新建一座诊所或附加诊所病房，那么请记住，作为一个指导教师，你为这所诊所呼吁的影响力也许比你想象的要大得多。可能在与诊所工作人员开会的时候提出这一话题，就能找到一些就地解决方案。一名在印度工作的指导员就曾利用他与一位当地政府官员的关系来呼吁增建了一厢诊室。认识当地的健康卫生官员能为你带来有力的同盟军，尤其是在命令下达遵循等级制的环境下。

3. **由于交通困难病人很难赴诊**（例如，诊所的服务面积覆盖了广泛的地理区域）。

可行的解决办法：

- 这种情况给坚持提供 ART 疗法的服务带来了相当有挑战性的阻力。
- 要帮助受指导医生和病人一起探讨其它可行的交通方式。询问病人所在的村中是否有人愿意来帮助送病人，或者能否安排医院或诊所车辆来送病人。询问病人是否能够通过自己工作挣钱，以支付交通费用，等等。
- ICEHA 的指导员在一些国家发现，家庭护理小组通常也能帮助与该家庭较近的病人。这是一个值得考虑的办法。
- 也许当地有某一非政府组织能帮助解决病人的交通问题，或可以与他们联系以寻求帮助。
- 或者，如果当地没有这样的一个组织，指导员或许有渠道将这类问题报告给国际组织驻该国的官员。他们可以将这些情况反映给资助方或卫生部的官员，这些官员也许能为诊所提供车辆、汽油、或交通证，或者能签约某个交通承运者。
- 向当地政府呼吁为艾滋病患者或病毒携带者提供更便捷的服务。比如，深入社区服务，或建立区一级的服务诊所。询问在病人居住的区域是否有一些非政府组织能代理作续配药物或实验室检验工作。

- 因为复诊的检验工作非常关键，指导者应注意不要定期将续配药交给病人的亲戚或配偶，尽管他们是病人指定来帮忙取 ARV 药品的。病人应该亲自来诊所进行复查。

4. 在 ART 诊所的候诊室中病人担心缺乏隐私，这会影响病人坚持按时来复查。

可行的解决办法：

- 有的诊所尝试了一种叫号制度。也就是，病人当天一到诊所就领一个号码，然后在看病过程中就只叫号码。这一制度可以在候诊室中更好地保护病人的匿名性。
- 对诊所所有员工开展培训，教育保密工作的重要性，将有助于防止保护病人机密工作中的疏漏。在候诊室的墙上贴上介绍保密工作重要性的宣传画则有助于让其他病人一起来保护他人的机密性。
- 与诊所其他所有工作人员合作，一起避免在公共场所查看病人病历记录或谈论病人。
- 也许还有必要在社区中组织开个会，讨论偏见和歧视是如何阻碍病人得到应有的关怀的。

5. 诊所缺乏基础设备，例如，没有检验台，缺水，缺电等。

可行的解决办法：

- 在资源匮乏的地方经常会有设备和基础设施缺乏或太陈旧的问题。指导员应该预计到这些情况，而不是因此措手不及或者感到沮丧。这可以参见如下一些例子：
 - 如果诊所没有电，在安排房间给病人作检查时，应考虑自然光线好的房间。
 - 如果没有水，可以考虑用液体清洁剂来洗手，或者安排经常性地抬一大盆水到诊室来。
 - 如果没有检验台，应鼓励受指导医生让病人坐着接受检查，因为大部分身体症状都可以从坐姿中显现出来。

6. 诊所或是缺乏实施通用的防护措施所必需的设备，或是不能利用拥有的设备。

可行的解决办法：

- 这是一个很关键但还有待解决的问题。鉴于目前发现，像南非的广泛耐药结核（XDR-TB）这样一些疾病，很容易在医疗场所传染，防护问题就尤显重要。在缺乏通用的预防设备时，指导员应该教给工作人员一些控制感染的基本准则，并确保像隔离并分诊传染病例这样的基本措施能得以实施。

- 世界卫生组织 (WHO) 发表了一些在医疗场所控制传染的准则，如果当地没有相关的规定，指导者可以把它们用作教学工具。如果该国有相关准则的话，可以把它们作为辅助教材。
- 如果雇佣方机构同意资助控制感染的设施，强烈建议指导员考虑携带一些不同大小的，可多次使用的 N95 口罩，并对所有诊所工作人员开展一次控制感染的培训。在培训时可以发放口罩，并示范如何让咳嗽的病人使用口罩。当然，最好是所有诊所工作人员（尤其是与病人有直接接触的）都能发有一个口罩，从而可以加强保护，并且在病人中显得平等。另外，还需要慎重考虑的是当戴上口罩时应该对病人说些什么话来减少一些有偏见的印象。所有这些措施都证明控制感染的决心。（注意：发放口罩只是上述一套综合控制感染活动中的一部分。指导者在发放口罩前应该先取得诊所工作小组的支持。在某些诊所中，当地工作人员可能因为种种原因不愿意戴口罩）。
- 示范有效地控制结核病感染的措施，这可能会激发关于提高整个诊所控制感染能力的讨论，这将给医疗人员带来重要的经验和教育机会，从而促使今后可持续发展的干预项目。
- 指导员可以呼吁向诊所提供 N95 口罩和手套。然而，有许多政治的，经济的原因会对诊所资源缺乏有影响。所以，很重要的一点是，指导者应该将这些问题报告给雇主，从而雇佣机构可以保证所有的呼吁是符合当地政治经济条件的。
- 展示关于控制感染的宣传画能有助于减少偏见。例如，可以张贴一些海报，宣传关于咳嗽时应注意的礼节，或鼓励工作人员在接待咳嗽病人时戴口罩等。要确保工作人员和病人都能看到这些信息。
- 在临床指导时示范坚持使用防护设备，这对鼓励其他人使用这些设备是很关键的。
- 讨论疫苗（如果有的话）对预防乙肝（HBV）的重要性。鼓励所有与病人接触的医疗人员都预防接种，并作浓度测定复查。
- 鼓励诊所工作人员与医院管理层开会，讨论给工作人员提供手套等控制感染设施的重要性。
- 当没有买得到的利器盒时，使用当地能找到的硬纸板盒来收集废弃的利器。
- 控制感染的一项简单易行的措施就是打开候诊室/候诊区的门窗。

7. 诊所没有为工作人员设立暴露后预防（PEP）方案。

可行的解决办法：

- 指导者在帮助教育工作者暴露后预防（PEP）的重要性中起着关键作用。指导者应该倡导为工作人员设立一个预防方案。
- 设立的方案应该符合任何已有的卫生部关于 PEP 的规定。
- 方案一旦设立，所有诊所工作人员都应该参加 PEP 在职培训。培训中要讲述暴露后如何获得 PEP 服务的每一步骤。

- 预防方案中涉及到的所有人员都应该清楚诊所中如果有暴露后他们应该如何处理。例如，应指定有专门人员在下班时间和周末负责 PEP 工作；应有人来负责监管 PEP 药品的供应；另外还应有工作人员来提供咨询服务。只有所有工作人员都清楚了方案内容，那些受到暴露的人才有可能得到适当的 PEP 服务。

人力资源/医疗人员问题

8. 临床指导者不会当地语言，同时见病人时也没有人定期来做翻译。

可行的解决办法：

- 指导者通常只能依靠跨学科的医疗工作组中有其他成员能帮忙翻译。护士、咨询员、和数据登记员等都经常可以帮忙翻译。但是，这种做法会影响诊所的效率，因为它会影响其他工作人员完成他们的本职工作。如果采用的是小组工作法给病人服务，那么请护士或其他医疗工作人员帮忙翻译也许会是有益的。该情况下，医生和护士在看病人时可以有分工。例如，在医生写 ARV 处方的同时，护士可以给病人讲解一些重要的药物副作用。
- 请家人或朋友帮忙翻译会破坏对病人隐私的保护，同时给病人和亲友都带来很大的情感压力。我们一般应该尽量避免这种做法，但在某些紧急医疗情况下，这也许是必要的。
- 另一个方法是，在社区招募一些有语言技能的志愿者（比如，通过红十字会），并对他们就保护病人隐私问题作一些培训。但这也要看工资问题能否解决。当地的艾滋病患者和病毒携带者的组织也许能提供这一服务。但需要先参考一下卫生部关于招募的有关规定。
- 一个应急的方法是，在等待或寻找翻译时，可以让受指导医生先看会说英语的病人。
- 指导者如果要在某地长期工作，应该利用一切机会来学习当地语言，从而能更有效地与病人交流，也能更好地帮助受指导医生为病人服务。同时，指导者也应鼓励受指导医生学习当地语言。

9. 医疗工作者对病人有歧视，这容易使病人不愿来复查。

可行的解决办法：

- 对工作人员开展各种关于艾滋病的教育，包括歧视和耻辱问题。这有助于减少对病人的偏见。这些教育可以由指导员示范在诊所诊病，或查房时在病床边应采取的积极行为。指导员也可以为诊所员工提供一些在职培训，来讲述这些问题。这些培训中可以采用角色扮演，来帮助工作人员更深刻地理解艾滋病患者们所经常带的的耻辱感以及面对的歧视。

- 国际艾滋病教育与培训中心(I-TECH)也开发了两套录像带教育节目，专门针对医疗环境下的偏见与歧视问题（可从<http://www.go2itech.org>下载）。这些都可能是对指导员颇有帮助的教学工具。这些教育录像是：
 - 1) *加勒比海地区健康医疗环境下对艾滋病的偏见与歧视：引发原因；*
 - 2) *打破沉默：坦桑尼亚感染艾滋病毒的医疗工作者的真实故事。*
- 医护人员过度劳累也可能是造成对病人歧视的一个原因。负担过重可能是由于工资不高，一些家庭原因，看到病人病故带来的精神压力，医护人员自身的疾病，包括艾滋病，以及觉得工作太多等。正因为如此，指导员为工作人员的鼓舞与呼吁就尤显至关重要。（参见后文谈**士气与团队建设问题**的部分）。

10. 受指导医生没有接收 ART 诊所的病人住院的权力；这可能导致一些缺乏艾滋病医疗经验的工作人员负责护理从艾滋病门诊转入住院病房的艾滋病患者。

可行的解决办法：

- 指导员可以向当地医院住院部的工作人员自我介绍，以易于培养受指导门诊医生和医院医师之间的友好关系。然后，指导员可以给住院部工作人员开在职讲座，帮助指导他们正确的 ART 和 OI 管理方法等等。
- 指导者还应帮助在 ART 门诊和医院病房建立起有效的转诊制度。可以设置“从 ART 诊所到病房”和“从病房到 ART 诊所”的转诊表，以此推动诊所和病房工作人员之间更有效的交流。
- 另一个有益的方法是，专门指定一个 ART 诊所的工作人员——通常是名护士——来每天去病房查房，看有没有 ART 诊所的病人已经出院了的。这名护士可以帮助确保病人在出院前与 ART 诊所约好了复查时间，并有足够的 ARV 药物。
- 护士指导员应该在医院病房中选拔一批负责护士给他们更大的权力，培养与他们的关系。可以采取的一些方法包括，邀请他们参加会议，或给医院和门诊病人部的工作人员开些教育课等。这也可以有助于加强转诊体系。
- 开展有效的指导的要旨就是要与医疗工作者建立起良好的关系，包括与整个医院，乃至周围与艾滋病患者有接触的所有诊所的医疗工作者。在发展起了稳固关系之后，指导者可能被邀请参加查房，并帮忙加强 ART 诊所之外的体系。

11. 医疗人员没有将临床信息记录在病人的表格或“病历”（病人可随身携带的有他们医疗记录的小册子）中。

可行的解决办法：

- 强调在病人表格和“病历”中完整记录其艾滋病治疗措施的重要性。

- 举出一些例子证明不作记录的危害。 诸如，不利于临床管理，有碍于病人的健康，甚或导致错误的结果数据汇报给上级部委或项目资助方。
 - 一个典型的例子就是对病人体重没有坚持记录。 医疗工作者如果不仔细注意体重变化，就会忽视消瘦症的产生。
 - 另一个例子是对化验数据没有坚持记录。 如果医疗工作者没有记录红细胞压积，就有可能忽略与 AZT 有关的贫血症的产生。
- 病人来访时，提醒受指导医生一些“必要事项”。 让他们帮你列一个工作辅助工具清单（如：墙上贴的图表、便携卡片、打印好的标准化病人来访记录表等），这在可以加强记录的同时，提高他们的工作效率。
- 如果诊所里本没有专门的流程表来监督 ART 服务，监管药品等，那么就推荐受指导医生使用这种表格（在你介绍他们使用新的图表之前，一定要确认卫生部并没有在全国使用的类似表格）。
- 给受指导医生提供一些关于及时记录艾滋病病情的建议。 例如，让他们每看完一个病人就花少量时间简短记录一下，或每天定时作几次记录。
- 鼓励诊所人员利用不太忙的日子，即病人不多的时候，在图表上作记录。

12. 能提供 ART 的合格的临床医生数量不足，病人太多，无法管理。

可行的解决办法：

- **明确这一问题的产生原因是关键。** 是真的医生不够，还是诊所的医生有其他一些事物缠身，例如，一些管理性的工作？向诊所负责人提出是否能做些**任务调整**也许是有必要的。
- 如果问题起因在于**艾滋病培训不够**，那么可以对没受过培训的医生设计一个培训项目，以壮大该诊所受训医生的队伍。
- **评估一下对护士和一些中层人员的利用度。** 通常，他们即便很有技能，但却没充分发挥作用。可以让护士给没有病症的病人续配 ART 药方吗？当然，在做这些任务调整前，应先查阅当地的相关规定。
- **向医院权威人士呼吁**，要求让其他部门的医生，一旦完成他们本身的工作任务后，能来艾滋病诊所帮忙。在大部分医院部门，医生只在早上较忙，因为要查房，而下午通常都只是在空等急诊病人。

配套支持服务

13. 艾滋病诊断性检验或是无法提供或是太贵（如：CD4 检验，病毒载量，CXR，血液和唾液检验，肝功能检查等）。

可行的解决办法：

- **指导员可以扮演重要的倡导者角色。** 应该向医院管理层提出这一问题，并商讨如何给病人提供化验服务。比如，如果诊所没有设备来进行某些化验

检查（如，CD4 含量检查），帮助安排一个项目将样本运到最近的能做该检验的地方。只要检验人员、其他医疗工作者、和负责运输样本的司机都经过良好培训，这一方法就应是可行的。

- 指导员还可以主动寻求一些方式来解决诊断性检验太贵的问题。比如，与同事讨论这一问题，或在与合适的利益相关人（如：卫生部，项目资助方等）开会时提出这一问题等。
- 查看你本身所工作的机构有没有资助基金，也可以了解当地的一些基于信仰的组织和非政府组织。通常，这样的基金很难找到，但并不是没有。所以，就要多问，再问。

系统和供应问题

14. 诊所缺乏一个监督病人是否坚持抗逆转录病毒疗法（是否坚持参加复查）的体系

可行的解决办法：

- 指导员可以帮忙在诊所设立起一个追踪不能坚持疗法病人的体系。最基础的方法是在工作组中培训一名专门人员来每天列出有哪些病人没有如期赴诊。如果诊所再能有专人用电脑记录这些数据，那么就可以建立起一个数据库来追踪那些不来赴诊的病人了。
- 在有的诊所，药剂师可以通过电脑化的电子医疗记录来轻易地查出哪些病人未按时来配药。
- 考虑招募一批外联工作者（如：护士、咨询员、艾滋病患者或携带者、社区宣传员等）来查访那些不来复诊配药的病人，并将他们带来诊所。

田野实践事例：

在纳米比亚东北部的一家 ART 诊所，诊所工作人员记录了好几例多次错过诊所复诊的病人，但不清楚这些人未赴诊是因为亡故还是什么别的原因。工作人员们决定有必要设立一个追踪系统，来更及时地记录哪些病人未按时赴诊。这家诊所幸运地拥有一个电脑数据库可供存储那些未赴诊病人的数据。工作人员藉此设立了一个追踪系统，一旦有病人没来复诊或来续配 ARV 药物，药剂师就会记录下来。然后这一信息又被传送给 ART 咨询员。咨询员们就会打电话（针对那些提供有电话联系方式的病人）询问病人为何没来复诊。通常，由于诊所对电话使用的限制，咨询员们很难用诊所电话联系病人。在这种情况下，诊所的咨询员被允许通过医院接线员来给病人打电话。对那些没有电话的病人，咨询员则亲自到这些病人的家中去了解他们未来赴诊的原因。（注：这种家访也要求工作人员能在病人数据库中获得更详尽准确的地址信息）。诊所指定了专车来供 ART 咨询员家访病人使用。

15. 受指导医生错开抗逆转录病毒 (ARV) 药物，但没有一个体系来发现并改正这些错误，即，缺乏质量保证方法。

可行的解决办法：

- 在开始或推荐每个 ART 疗法之前，成立一个 ART 专家委员会审查每位来访病人的临床信息。
- 组织起一个表格审查制度，从而：1) 发现在培训课程中需要讲解的一些常见问题；2) 在错误刚发生或在它引起较大危害之前就及时发现更正。
- 表格审查应该成为诊所常规例行工作的一部分（如，每月一次），并应要求跨科室工作组的每一位成员参加。这显示了对诊所全体工作人员的尊重，并让每个人都对质量提高有一份责任。
- 举行定期的病例研讨会议，让所有开处方的医生来审查已经开始的 ART 药物治疗，或药物治疗中的变化。
- 培训课程应该同时包括用教导方式讲授国家的规定标准，以及用案例教学法来将这些标准运用到临床实践中去。
- 重温性的培训，加上支持性的指导，能帮助提高护理与服务的质量。
- 请病人就所得到的服务提供反馈意见，并建议资助机构将服务质量纳入为评估的一个关键指标。

16. 一线 ART 疗法药物缺货，且一周内都无法再得到补充。

可行的解决办法：

- 分析后勤储备。
 - 探寻缺货的原因：
 - 这种情况是仅此一次，还经常发生？
 - 如果经常发生，是最近才发展起来的吗？在供应线上是否有什么显著的薄弱环节？诊所对 ARV 药物的需求是否超过了供给，也即，该诊所接受 ART 的病人是否被低估了？
 - 药品存货是否被转出（如，被盗）？
 - 建立“后备存货”，这些药品被单独存放，并有人监管过期日期，且在必要时不断补充。这样在缺货时，就可以使用这些药品。
- 病人护理问题：管理好那些受缺货影响的病人是件富有挑战性的事。
 - 有没有文字性的临床步骤详细谈可能替代 ARV 的方法？
 - 当一线疗法采用的是基于非核苷类逆转录酶抑制剂 (NNRTI) 的药物时，在治疗期间有一周的间断是有可能产生 NNRTI 抗药性的。
 - 一些建议（还没有以实验为基础的证据）：
 - 如果一线疗法缺货的药是 NNRTI/胸苷类似物/拉米夫定 (3TC) 三联疗法药物，但胸苷类似物/3TC 二联疗法的核苷类逆转录酶抑制剂 (NRTI) 药片还有，那么它们可以在三种药物组合疗法停止后替代

使用 5-7 天，以降低产生 NNRTI 抗药性的可能性。之后，停止 ART 治疗，直到重新补充了药品。

- 也可以考虑用其他已有药物作临时替代。蛋白酶抑制剂 (PI) 可以作为 NNRTI 的替代品短期使用。
- 在有些情况下，奈韦拉平 (nevirapine) 和依法韦司 (efavirens) 可以相互替代。当你等待再补充一线疗法药品时，司他夫定 (d4t) 和齐多夫定 (azt) 也可以相互替代使用。这些都需要专门技术，包括对奈韦拉平毒性的风险性的充分了解。
- 这些治疗的变化要求有 ART 经验的临床医生 (最好是位医学博士) 的指导。
- 在这种情况下，ART 专家委员会也可以发挥作用。
- 有时，缺货只是当地的现象，周围地区也许存货丰富。临床指导员可以发动本地区的药剂师，帮助他/她从周围地区获取医药货物。

17. 病人的症状显示治疗不成功，但是诊所没有二线治疗的药物。

可行的解决办法：

- 这一问题可能是由多种原因造成的。需要考虑的有：
 - 后勤/政策问题：国家批准的二线治疗方案是什么？
 - 供应线上是否出了问题？如果有，是什么问题？（见上面对问题 16 的解答）
- 病人护理问题和病人具体情况也是需要考虑的因素：
 - 治疗真的是失败了吗？要排除解释治疗失败症状的其他原因，包括免疫重建综合症，和其他可能的解释。
 - 病人是否真的接受了治疗（即，他们是否坚持服药了）？
 - 病人也许坚持接受了一线治疗，但他们会不会因为肠胃的毛病（如：恶心/呕吐，痢疾/消化不良）并没有真正吸收药物？
 - 如果你判断治疗失败的依据是 CD4 数目很低，那么这一检验结果可信吗？
 - 如果你怀疑病人服药量不够，那么就应找到他们不坚持服药的原因。如果你怀疑是消化不良问题，那么就要解决肠胃问题。而如果可能是产生了抗药性，那么采用二线治疗方案来控制病毒就是有必要的。
 - 同样的，ART 专家委员会在这里也可以起到作用。
 - 你是否能采取一些行动，做些呼吁工作，使二线治疗的药物更快地运抵诊所？
- 另外，还要考虑培训的问题，诸如：
 - 临床医生是否接受了充分的培训，了解国家的相关准则，知道如何辨认和管理 ART 治疗的失败？

田野实践事例：

在 I-TECH 所工作的一个国家中，由于实验室检验质量较差，国家规定在作治疗失败的记录之前，需要分别作两次 CD4 数量检验。但有一家诊所的临床医生没有这样做，结果很多病人其实一线治疗并没有失败，却被错误地转为二线治疗。

18. 当地遵循的治疗方针与全国或国际的方针相左

可行的解决办法：

- 请临床医生向你解释他们对国家方针准则的理解。（他们也许已经有解决一些模棱两可处和出入处的方法了。）
- 询问国家方针准则与世界卫生组织（WHO）和其它国际标准有何出入。这些出入也许反映了当地实际情况，比如诊断能力，药物供应，等等。
- 有时，确认当地或该国准则与国际惯例有何不同，可以帮助改进当地准则。
- 相反，当在该国工作的国际非政府组织遵循的标准与当地相左时，与该非政府组织商讨当地的实际情况，则可帮助该组织改进他们的方式。
- 与你的上司讨论你发现的这些出入。
- 如果指导员已经与卫生部有工作联系了，他/她可以与国家级的项目官员联系，以便让他们了解这些出入；通常，那些没有在基层“实地”工作的人，不太了解这些情况。指导员可以帮助国家重新审视他们的相关规定。
- 总的来说，一定要支持国家方针准则。如果该准则中建议的一些做法较危险，那么指导员应该变通地提出改变这些规定的依据（同时要考虑，在资源缺乏的环境下，公共卫生项目往往财政资助紧张）。

诊断室中的问题

19. 受指导医生诊断不出病人是否患急性病，或者，他们不能解决那些规定的方案或临床算法中所未描述的急性医疗问题。

可行的解决办法：

- 强调快速回顾暂时病史的重要性。这包括在每次病人来访时都快速检查一遍身体各系统，并针对重要病症做体检。
- 考虑采用 WHO 成年人疾病的综合管理 (IMAI) 急救准则 来治疗急性病人。
- 与护士们一起设立分诊制度，在候诊区使用。
- 考虑对受指导的医生专门开展讲座，讲授关于对各种急性病症的不同诊断。
- 明确在诊所之外建立信任关系的各种机会，这样，指导员可以帮助受指导医生自觉矫正知识缺乏的不足。

20. 受指导医生对一些重要症状不够重视。

可行的解决办法：

- 找出谁负责检查和记录重要病症，并确认这一工作有人完成。
- 这也是一个机会，可以确保在检查重要病症中采用了正确的技术方法。
- 保证测量病人的体重，且要求受指导医生对体重足够重视。体重虽然是临床症状好转或恶化的关键标志，却常常被忽视。
- 列一个辅助工作的“必需事项”可以有所帮助。
- 在重温感染控制或讲授其它例子时也同时强调重要病症。例如，指导者可以在病例讨论中，讲解漏读一次发烧体温会带来什么后果。

21. 看病缺乏章法和体系。受指导医生对病人的医疗问题没有清楚的认识，或无法控制临床局面。

可行的解决办法：

- 帮助受指导医生确立一个会诊的标准化方法：
 - 请病人列出他们的主要意见和不满。
 - 找出所列意见中的重点。
 - 向病人解释你今天要解决哪些问题或意见，而哪些是下次看病时要解决的。
 - 将列出的这个清单作为这次诊病的提纲或议程。
 - 采用一个标准化的病人来访表格，以便帮助受指导医生保持章法。

22. 到 ART 诊所看病的病人被某私人医生错开给 ART 药方。这些私人医生没有遵循国家的准则，通常将一些国家项目中所没有的药纳入了治疗方案。

可行的解决办法：

- 指导员可以与这些诊所外的医生联系，并建议他们在其方便的时间参加一些研讨和培训课。可以将该国已有的培训项目介绍给这些医生，以便帮助安排对他们的培训。
- “抗逆转录病毒药物混乱”是指不顾救护标准，随意开抗逆转录病毒药物，比如，不注意药物的效力、毒性、或抗药性的产生。在资源缺乏的环境下，这将会带来非常严重的后果。因为在这些地方，没有什么二线 ART 疗法可供选择。而且，对病毒载量的监控即便有，也很少，所以很难及时发现抗药性的产生。
- 在抗逆转录病毒药物混乱时，病人所接受的这种错误的疗法很可能会失败。在这种情况下，确定病毒学上失败的原因需要仔细的检验，包括密切注意 CD4 细胞数目和疾病发展的症状。参见《*WHO 的对成人和青少年 HIV 感染的抗逆转录病毒药物疗法：公共卫生的方法(2006)*》，以及《*WHO 针对疾病*

《监控对 HIV 的案例定义和针对成人与儿童的 HIV 相关疾病的修订的临床步骤与免疫分类 (2006)》，尤其是，“附录一：辨认 HIV 相关的临床事件的假定的和确定的标准 --- 针对被确诊为感染有 HIV 病毒的成人与儿童。”

- 针对抗逆转录病毒药物的决策可能是很复杂的，在这种情况下，由最有经验的临床医生组成的 ART 委员会能发挥很大作用，可以和他们商讨治疗方案。
- 在社区层面防止抗逆转录病毒药物混乱的一个策略是，为社区医生组织一些讲座，来复习相关准则和规定。

田野实践事例：

I-TECH 在印度的一名临床指导教师就曾遇见过一个无法继续负担私人治疗费的病人。这个病人来到 ART 诊所时，CD4 细胞数量是 320 个/mL，没有机会性传染病史，每天服用 AZT 100mg 两次，3TC 150mg 一次，并且接受过两剂亚治疗剂量的蛋白酶抑制剂（PI，该国的项目没有这种药物）。在此情况下，这名临床指导教师就召集当地的 ART 委员会开会。因为觉得抗逆转录病毒药物治疗失败的可能性很小，委员会决定更正 NRTI 的用药，用奈韦拉平代替那两剂 PI。

在纳米比亚，当地的 HIV 临床医生协会发现一些私人行医的人错开了 ARV 药方，对病人造成不利。纳米比亚于是召集了一些利益相关人（包括卫生部）来讨论要求所有开 ARV 药方的医生（不论是私人的还是国家的）都要有证书。医生们要给出他们参加并通过了培训课程的证明。这里，指导员可以帮助让那些利益相关人注意到行医中的一些问题，最终帮助建立这样一个证书体制。

23. 处于急性病危难中的病人被错误带入 ART 门诊病人部（OPD）而非急诊病房，这样，由于缺乏足够的帮助病人复苏的仪器和人员，往往导致病人的死亡。继而，引发病人家属的悲痛与烦恼，工作人员也会因无力救护病人而士气低落。

可行的解决办法：

- 如果门诊部的人员受过急救培训，但只是缺乏必要设备，那么可以向医院管理部门要求供应少量急救设备给 OPD。
- 请记住，病人及其家人可能并不知道医院各部门的区别，而认为只要把病人送达医院就行了。
- 考虑订一个意外情况计划，指定在病人出现生命危急的情况下，谁应该负责什么（即，拟一个“规则”协定）。
- 通知急救病房，让那里的工作人员一起帮助避免这种情况再次发生。

- 确保有一个制度来对诊所病人进行分诊。
- 负责分诊的人员一定要清楚他们在做什么。
- 在与病人的日常保健谈话中，告诉他们万一有紧急情况发生，应该到哪里就诊。
- 向当地权力机关呼吁，利用媒体增加社区的敏感性，知道哪里提供什么医疗服务（尤其是急救服务）。

24. 受指导医生在复诊中只关注 ART 疗法，对 HIV 病人和其他病人的长期治疗的要点重视不够。

可行的解决办法：

- 强调快速回顾阶段性病史，检查身体各系统，及进行针对性体检的重要性。
- 重申查看病人记录表格的重要性，包括看一些与 ART 治疗无关的健康问题，并在检查身体各系统时将这些问题考虑在内。
- 示范如何有效、高效地完成这些工作，因为时间是很关键的因素。
- 考虑设立一个标准的，可打印的流程表，供常规诊病之用。每个来访病人用一张新的表格。先由分诊护士作记录，然后与病人表格一并递给医生。不管是谁见病人都要在流程表上的相应部分作记录。

25. 受指导医生没按 WHO 的分类系统，错误地对病人的病情分期

可行的解决办法：

- 区分对病人的病情是低估（病人的 HIV 病情要比受指导医生或表格记录所说的更严重），还是高估（病人的 HIV 病情没有受指导医生说得那么严重）。
- 要花足够的时间教育受指导医生如何正确理解 WHO 的分期标准，并强调对病人错误分期的严重后果。
- 可以在每间诊断室的墙上张贴图表，宣传分期标准；关于分期标准的便携卡片也会对医护人员有帮助。
- 力图发现一些经常性的错误：
 - 将病情高估通常是因为一些自限性或急性的疾病，例如传染性痢疾或阴道炎，它们被误认为是慢性的或再次发作。
 - 低估则常常是因为对病史记录不够（没记录原来的一些机会性传染病）。
 - 受指导的医生通常不知如何计算体重降低百分比。
- 在 《WHO 针对疾病监控对 HIV 的案例定义和针对成人与儿童的 HIV 相关疾病的修订的临床步骤与免疫分类（2006）》 中可以找到 WHO 临床分期表（见表三）。该表本身并没有充分解释如何辨别分期标准。此时，与受指导

医生一起查阅辅助的 WHO 表格“成人与青少年 HIV 相关的临床事件标准” (2006 年案例定义之附录一) 可以有所帮助。

26. 受指导医生无法判断机会性传染病 (OI)

可行的解决办法:

- 将讲授性教学与临床教学相结合是一个好方法。
- 在病房里住院的 HIV 病人通常都会有机会性传染病的并发症。与受指导医生一起经常对 HIV 感染病人查房, 可以很有力地帮助他们辨认一些病例, 以有助于 OI 的诊断与治疗。
- WHO 表格“成人与青少年 HIV 相关的临床事件标准” (2006 年案例定义之附录一) 对 OI 作了一个基本综述, 很有帮助。它可以作为教学材料, 而且如果打印出来, 也可以是诊断室中很有用的便携手册。
- 《无国界医生组织 (MSF) 资源缺乏地区 HIV/AIDS 临床护理指南》有专门章节对如何诊断并治疗 OI 作了简明的, 适用于临床的介绍, 并包含了在资源缺乏地区获得的一些例子。它对疾病的介绍是按身体器官系统而分类的 (如: 呼吸系统, 消化系统, 等等)。
- 利用 《临床图片库》 作为一个工具, 来帮助受指导医生了解一些有特征性身体变化的 OI (例如: 口腔真菌感染, 或口腔毛状白斑; 卡波济肉瘤 (KS); 带状疱疹; 淋巴瘤; 皮肤隐球菌病; 一些皮肤病症等等)。
- 在每次有病人来访时, 用 肺结核 (TB) 症状检查表 调查病人, 可以帮助受指导医生发现肺结核病。

27. 受指导医生不知如何辨认或控制药物的毒性。

可行的解决办法:

- 病人救助问题优先。这种情况下, 你可能需要直接介入病人就诊。因为, 如果没有认清或合适地控制某些毒性, 譬如像奈韦拉平引起的 Stevens-Johnson 综合征, 可能会导致病人的死亡。
- 在这种情况下, 临床指导要注意病人的感受。可以请病人在诊室外等候, 或请受指导医生陪你一起到室外去, 以此获取一个“暂停时间”。这可以给你时间适当地护理病人并同时有效而体谅地进行临床指导。
- 有很多资料可供你查询参考。以下列出的是一些简短的教学材料, 也是很有用的临床资料:
 - 《WHO 对成人和青少年 HIV 感染的抗逆转录病毒药物疗法: 公共卫生的方法 (2006)》。特别参见第七部分对 ARV 毒性的描述及其相关治疗。
 - 《IMAI 对运用 ARV 疗法治疗和预防慢性 HIV 感染的临时指南》。见 H54 和 H32 页。
 - 《卫生与公众服务部 (DHHS) 2008 年对患有 HIV-1 感染的成人和青少年使用抗逆转录病毒药剂的规定》。特别参见表 18a。

田野实践事例：

一位病人在开始服用奈韦拉平/司他夫定/拉米夫定 (Triomune) 四个星期后来诊所作例行复查。她身体发烧、乏力、大面积皮疹、且口腔粘膜有水疱。受指导医生正确地诊断出了能导致生命危险的奈韦拉平中毒 (Stevens-Johnson 综合症) 很可能是引起病人这些症状的原因。但是，他只是把药物剂量从每天两次，200mg，降到了每天一次 200mg，并要求病人一周后再来复查。指导医生礼貌地请病人在诊室外稍等片刻，以便他与受指导医生再检查一下检验结果（这就是“暂停时间”）。病人到室外后，指导医生便有机会教导受指导医生如何辨认，并正确地处理那些有生命危险的奈韦拉平中毒病人，同时也给受指导医生留了个面子。二人共同决定暂时停用 ART 药物，并让病人住院以便在毒性消除之前对病人密切观察

28. 受指导医生在实践中过度依赖临床算法；医疗决策技术和临床判断技术还有待提高，这也往往导致他们的临床诊治能力较差。

可行的解决办法：

- 这一问题很可能发生在那些转变了任务的医务人员身上。他们接受的培训可能强调严格遵守临床算法，但却没有接受关于进行临床思考，以做出不同诊断的相关培训。
- 关于教授临床决策技术的一本有用的资料是克里斯·别仑斯和克里斯·马修博士所著的《医疗的不确定性，资源的缺乏，与医生的决策》。
- 在指导中运用案例分析。

29. 在复查中，受指导医生不询问病人是否坚持 ART 疗程。

可行的解决办法：

- 鼓励受指导医生在每次给使用 ART 疗法的病人看病时，都检查他们是否坚持了疗程。
- 重温坚持服药对防止产生抗药性的重要性。
- 鼓励受指导医生以不令人害怕的方式询问病人是否坚持服药，从而引导病人提供准确的信息。因为如果病人害怕医务人员的责备，他们可能不敢告诉医生他们错过了几剂药。
- 力劝受指导医生利用适于临床实践的各种快速评估方法。参见 《IMAI 对运用 ARV 疗法治疗和预防慢性 HIV 感染的临时指南》，H51-54 页；和加州大学旧金山分校 (UCSF) HIV 实地知识库中的 《评估坚持疗程的方法》。
- 将坚持服药问题纳入病人档案中的病人来访流程表。

30. 病人的情况超出指导者的经验范围之外，或者对其病情没有明确的治疗策略。

可行的解决办法：

- 这尽管似乎会给人带来很大压力（毕竟，你本应该是专家！），但实际上这也提供了一个绝好的机会来示范当没有临床算法、规约、或最佳做法时，如何作临床判断来保证病人安全。
- 这种情况是一个绝佳的机会，来证明向别人寻求帮助是完全可以接受的。不能为了保留面子，不懂装懂，以致危害病人安危。

田野实践事例：

有一位病人，因为自己 CD4 细胞计数一直很低，觉得很苦闷，曾尝试一次性服用 10 片 Triomune（奈韦拉平/司他夫定/拉米夫定）来自杀（正常剂量是一天两次，每次一片）。他的妻子发现了他在做什么，把他带到了诊所。除了治疗他的心灵问题之外，最迫切的临床问题就是，如何治疗可能引起的中毒，以及何时再恢复正常的 Triomune 剂量，以尽可能减少产生抗药性的可能。

指导医生查询了一些相关文献，但毫无结果。然后他发电子邮件给 I-TECH 临床工作组的药剂师们，并在等待回音的同时，收录病人作观察，进行仔细的跟踪检验，并提供所需护理。他决定第二天早上继续给病人正常剂量的 Triomune，因为也没有什么临床迹象或检验结果显示有中毒。此时，I-TECH 的药剂师打来电话，说文献中没有对这种类似案例的记载，但是因为奈韦拉平的半寿命很长，最好是让病人单独服用司他夫定和拉米夫定 5-7 天，然后再重新加进奈韦拉平。

士气和团队建设问题

31. 士气和团队建设问题：受指导医生和其他工作人员（包括临床和非临床工作人员）士气不高，对关怀病人缺乏热情。

可行的解决办法：

- 产生职业倦怠的因素很多，包括病人数量很多，而工作人员少，因为没有足够的资源来帮助病人而产生的失望感，以及经常经历 HIV 病人的死亡造成心理压力。
- 由于资源缺乏，医生所提供的服务无法达到他们受培训时所遵循的标准，这也可能引起士气低落。比如，病人的病情很严重，超过了诊所现有资源所能提供的护理范围之外。向卫生部门当局呼吁，要求更多、更好的工具，可能会有所帮助。比如，要求拨给诊断仪器、设备，更多的药物，和更便捷的交通工具。

- 帮助提高医生技能的不脱产培训班也可以有助于鼓舞士气。与医生定期开工作简报会也大有裨益。这些都可以帮助大家分享各自的经历，找到相互共鸣，从而达到相互鼓励。
- 与诊所工作人员讨论**如何关怀医护人员**的一些经验窍门。
- 非医护工作人员也会觉得情绪低落，因为他们的努力会经常被忽视。指导者应该找到机会让他们知道他们对护理工作是多么的重要。对他们的一些帮助病人或改进诊所的行为，要公开表扬。
- 强调工作人员要有好的服务态度。例如，提醒他们在病人来访时，要眼睛看着病人，而不是只看图表；与工作人员一起复习关于病人权利的原则；考虑指导他们的咨询技巧，从而鼓励以更为人道主义的方式关怀病人。
- ICEHA 在好几个国家的指导者都发现，让受指导医生参与到能提高他们的工作自豪感得活动中，或帮助他们战胜宿命论的态度，都能有助于改善局面。这些活动可以包括：重新调整诊所工作空间，扔掉一些陈旧的物品，清扫地面，打扫焚烧装置，改善排水系统以防止淹水。

32. 诊所的领导层水平一般，缺乏经验；工作人员因而情绪沮丧。

可行的解决办法：

- 由某个缺乏领导技巧人作领导，确实是令人沮丧。在地方上，一些医务人员往往是没有接受什么领导或管理培训就贸然担任管理工作。此时，注意力要放在诊所领导上，给他/她一些反馈和暗示，以帮助提高其沟通技巧、团队建设和关系建设能力、组织技能等等。这样，可以让员工们觉得他们有一个有效率的领导，这个领导关心他们，也愿意使诊所更好地运行。
- 如果觉得被困在一个沉闷的、等级制很强、且很官僚化的环境下，也是很让人士气低落的，但很多医疗系统却都有这种情况。这就会让人感到完全没有权力，没有积极性，让人想放弃。要改变这一情况，须与诊所领导层一起努力，鼓励诊所员工采取主动性，解决困难，并鼓励他们相互之间、与领导层之间多沟通思想。
- 找一些“模范点”，或本国经营得特别好的一些医疗服务点，可以为改进本诊所的经营管理方式提供颇有价值的经验教训。如果有可能，应让受指导医生去模范点参观，或让模范点的领导来受指导医生的诊所访问。
- 可以提醒受指导医生诊所的宗旨和长远目标。或者，作为团队建设的一项活动，组织开一个工作会，设立宗旨和长远目标，并明确具体目标。

33. 受训医生不愿接受指导。

可行的解决办法：

- 受指导医生可能会由于多种原因厌恶你在诊所中的出现：有时，这也许反映出的是基于受指导医生的国籍、文化传统、社会性别、年龄、或经验水平的

一些问题。当指导者比受指导医生更年轻（或“级别不够高”）时，这一问题尤其明显（参见下面的第 35 条）。同时，你的指导可能与受指导医生的需求相冲突，他们可能需要给尽可能多的病人看病（见上文的第 1 条）。

- 尝试分析一下受指导医生为什么不愿接受建议（不要直接问，而是通过自己的观察与思考）。他/她是否觉得比你懂得的更多？作为指导者你是否没有达到某种文化上的期待？还是你的临床建议与国家准则有什么冲突？
- 从一开始就与你所指导的医生间建立起信任是至关重要的。建立起一种良好工作关系所需的时间却是长短不一。
- 通过榜样行动来进行指导。比如，提出帮助他/她一起给别人看病，以培养良好关系。提供资料来投入于建立友好关系（如一些指南、启发等）。
- 要让受指导医生接受你的新的指导，你也许还需要处理职业倦怠问题。你的新的指导可能会被看作是又一个难题或要求。
- 记住**指导医生作为教练的角色**。
- 受指导医生以前的经历可能是经常受上级惩罚。向他/她保证你的意图是好的，你的方法是和善的；你可以通过给他/她以尊重来证明这一点。
- 查看[成人学习理论原理](#)可能会帮你提供一些方法更好地与有抵触情绪的受指导医生相沟通。
- 如果经过几番尝试后，受指导医生还是不愿接受你的指导，也许就有必要与医院管理层的成员或负责人谈一谈，讨论如何改善这种指导关系。

34. 受指导医生向医院管理部门抱怨你的表现。

可行的解决办法：

- 交流是个最大的挑战，亟需解决。与医院管理部门开会，并让受指导医生也同时在场，这样就不会有各说各的造成的误会了。
- 确保文件记录；对指导和受指导医生都要进行临床技巧和能力的审核。
- 鼓励医疗或护理的主管对指导者也进行工作表现评估，以体现指导工作也是整个团队工作的一部分。
- 争取从其它渠道获得对你的工作表现的意见。例如，请你曾指导过的其它诊所的医生和工作人员提出他们的意见。
- 可以与这些诊所外的医生联系，并建议他们在其方便的时间参加一些研讨和培训课。

35. 指导者比受指导者的年纪更轻或职位更低，因而不便指导或评论对方的表现。

可行的解决办法：

- 要认识到，在这种情况下，受指导医生可能与你一样地觉得别扭。

- 运用适当的语言和措辞，表明你承认受指导医生的年长或资历，对于在较年轻的指导员和较年长的被指导者间建立良好关系是很有帮助的，并使受指导者易于接受反馈。
- 针对受指导医生的专长，向他们请教，有益于表示你对他们的尊敬。
- 询问受指导医生对某一特定问题（如，抗逆转录病毒药物的毒性）有什么了解，肯定他们的知识，然后，在此基础上补充正确的信息。这样，可以表示尊重他们的经验，同时又填补了他们知识上的缺漏，或更正一些错误。