

КОММУНИКАТИВНЫЕ ПРИЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПОВЕДЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

(НА ПРИМЕРЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА)

Современный мир переполнен доступной информацией: визуальной и аудиальной, и теперь сила не только в ее объеме, сколько в ее актуальности и приоритетности, в способности индивидуумов воспринимать и переводить сведения в знания.

По одной из своих функций информация является составляющей коммуникации (от лат. communicatio – сообщение), без чего само общение не представляется возможным.

Один из важных элементов информации – это Слово: устное и письменное. Именно Слово с давних времен и до наших дней имеет большое информационное значение, особенно юридическое, воспринимаясь в массовой доступности как на слух, так и зрительно. Таким образом, Слово (как мысль, речь) властвует, а бумага (материальный носитель) его закрепляет на долгое время.

Медицина, целительство, врачевание, как одно из древних искусств, ставших в эпоху просвещения наукой, – это особый вид владения словом, потому что сам термин «врач» произошел от старорусского глагола «врати», то есть говорить, лечить словом.

Переполнение, пресыщение информацией проявляется на порой избыточной самоинформированности пациентов, обращающихся к врачам не только за медицинской помощью, но и, зачастую, за услугами оздоровительного эстетико-косметического характера на коммерческой основе. Все это приводит к повышению роста претензионного спроса потребителя.

Нас трое: ты, болезнь и я.

Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, я останусь один – вы меня одолеете. Если ты будешь со мной – нас будет двое, болезнь останется одна – мы ее одолеем.

Абуль Фараджи, VIII в.



Шакурова Е.С.

к.ф.н., доцент НОУ ВПО
Российский Новый
университет



Шакуров В.В.

врач-стоматолог общей
практики, преподаватель
НОУ ВПО Российский Новый
университет

Резюме

В статье отражена актуальная значимость простых коммуникативных технологий на типовом врачебном приеме одного из востребованных медицинских специалистов.

Ключевые слова: врач-коммуникатор, управление поведением пациентов.

COMMUNICATIVE BEHAVIOR MANAGEMENT TECHNIQUES OF PATIENTS IN DAILY PRACTICE PHYSICIAN

Shakurova E.S., Shakurov V.V.

The summary

In article the actual is reflected the importance of simple communicative technologies on standard medical reception one of demanded medical experts.

Keywords: doctor communicator, management of behavior of patients.

В своей повседневной деятельности врач всегда имеет дело не только с такими явлениями, как Болезнь и Здоровье, но и с их носителем – с Человеком. Одного техничного знания и выполнения алгоритмов, наличия профессиональных навыков врачу недостаточно для качественного и добросовестного выполнения своей миссии. Врачу необходимо быть также педагогом, психологом, юристом, IT-специалистом, экономистом, дилером, актером и даже оратором. Современный врач – это менеджер, и хорошо, что еще не мерчендайзер или продавец, посвященный в медицину, чего, впрочем, теоретически нельзя исключить. Проще говоря, врач – это коммуникатор.

Однако на проблемы в системе «пациент-болезнь-врач» многообразие номинаций специалистов вряд ли влияет. Эффективность информации не ограничивается фактом ее формального наличия типа: «предупрежден-вооружен». Сведения, как правило, не являются знанием. Для того чтобы стать практически значимой, информация, какой бы полезной она ни была, должна быть освоена реципиентом, а значит, воспринята, понята, взята на вооружение, становясь собственным убеждением. Следующим коммуникативно-дидактическим этапом вырабатывается навык здорового образа жизни (ЗОЖ), который закрепляется полезной привычкой. Вот такова цель информирования. Таким образом, на упомянутые отношения «больной-болезнь-врач» влияет коммуникативный процесс и не исключительно как массовая технология, а как индивидуальное искусство.

Особую популярность у населения разных возрастных групп имеет врач-стоматолог, поскольку:

- распространенность заболеваний полости рта велика (98-100%) [4, 8];
- зубная боль бывает особенно сильна, внезапна и беспощадна, несмотря на кажущуюся незначительность такого малого органа, как зуб;
- трудоемкость современного лечения зубов материально затратна, так как лечение каждого зуба выполняет бригада из врача и ассистента согласно требованиям технологии и стандартам лечения; протезирование зубов невыполнимо без высокотехнологичных лабораторий [2, 3, 6];
- стоматологические манипуляции могут быть болезненны порой даже на фоне применения обезболивания;
- стоимость стоматологических услуг и помощи существенна.

Стоматологический больной – пациент особенный: часто тревожный, боящийся, настороженный, помнящий предыдущие посещения анало-

гичного специалиста, как правило, еще с детства. Такое состояние трактуется психологами и юристами как психическая травма, состояние аффекта, характеризующееся временным расстройством психики, пограничным состоянием психического здоровья, когда человек может быть неадекватен в области принятия решений. Такой пациент пока еще не решил, на чьей он стороне: с Болезнью или с Врачом. К тому же в упомянутые выше отношения врача, больного и болезни в современном мире часто вмешивается «платная медицина», то есть коммерческий фактор (деньги), имеющий немаловажное осложняющее значение (как предмет спора) при наступлении рисков осложнений лечения. Этим может корыстно воспользоваться другой тип пациента – агрессивный, сутяжный, предвзято относящийся к дорогостоящему, трудоемкому и болезненному стоматологическому лечению, заранее находящийся в оппозиции к врачу.

Итак, основной прием коммуникации, используемый врачами, – это активное вербальное воздействие, например, в форме беседы, рассказа, диалога, и пассивное: пропаганда (реклама, наглядные пособия, листовки, брошюры, памятки и пр.). Обратная связь с пациентами также осуществляется как вербальная (отзывы, слухи, так называемое «сарафанное радио»).

Какова же реальная практическая роль коммуникативных технологий в практике взаимоотношений рядового врача и конкретного пациента на типовом приеме?

Цель исследования

Цель нашего исследования состояла в демонстрации значения незатратных коммуникативных этических приемов воздействия врача на пациента в ракурсе прямого этимологического предназначения медицинской специальности.

Нами было выполнено анкетирование и интервьюирование 322 взрослых соматически практически здоровых пациентов с изучением записей в их медицинских картах (форма 043/у). Эти больные получали стандартное сложное многосеансное лечение одностипных зубов (первых моляров) в муниципальной (164 человека) и коммерческой клиниках (158 человек). Респондентам выполнялась одинаковая сложная и комбинированная медицинская услуга при наличии соответствующих показаний (эндодонтическое лечение, прямая реставрация). В процессе анкетирования пациентам задавались вопросы об удовлетворенности качеством выполненной данной типовой помощи/услуги. Исследовались отзывы пациентов,

негативные претензии (рекламации). Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты в большей степени предъявляют претензии к недостаточному разъяснению о процессе лечения со стороны врача из-за неосвещения рисков процедур, болезненности в процессе и после лечения (56%). Например, есть впечатляющие рекламации, что «врач рассверлил вроде целый зуб, а потом зуб удалили»; или – что «врач зуб залечил, а потом зуб разболелся, пришлось идти в другую клинику, перелечивать»; или – «выпала пломба».

Также нами были опрошены квалифицированные врачи-стоматологи и зубные врачи муниципальной (8 специалистов) и коммерческих клиник (7 специалистов) на предмет коммуникативного стиля (тактики) работы с вышеупомянутыми пациентами. Как правило, все врачи ответственно подходят к выполнению своей работы, но у врачей муниципальной клиники отмечается явный дефицит времени для коммуникативных контактов с пациентами. У врачей коммерческих клиник такого времени бывает больше. Многие из врачей слабо владеют компьютером и не имеют времени и желания разрабатывать раздаточные информационные бюллетени для пациентов, не

видя их реальной значимости по типу «для врачей все и так ясно, а пациент стерпит».

Обобщив и проанализировав результаты анкет, мы обнаружили, что существенная часть пациентов ($68,2\% \pm 0,54$), как правило, после вышеупомянутых примеров претензий были склонны сменить клинику или врача. Одновременно все вышеупомянутые рекламации были в случаях, где, согласно записям в медицинских картах, соблюдались все алгоритмы и стандарты лечения (94,5%). Стереотип поведения врача и пациента при дефиците времени для выполнения сложной и комбинированной медицинской услуги не позволяет последнему подружиться с Врачом и объединиться против Болезни, что позволяет большинству пациентов сразу винить врача в некачественном выполнении своей работы. Врачи же элементарно не информировали о возможных рисках и осложнениях своих пациентов (забывали, спешили или просто не завели такой традиции). Таким образом, пациенты правы, обвиняя врачей в некачественной работе только в части касающейся коммуникации. Практика подобных коммуникативных технологий может быть вне компетенции врача, так как он обременен также и приказами своего руководства (нормой времени, отведенной на прием).

Следующим этапом нашего исследования была проверка практической эффективности коммуникации в уже освоенной нами зоне анкетирования. Для его осуществления нами были разработаны в текстовом редакторе Word типовые индивидуальные информационные листовки (портативные «памятки») для пассивного вербального информирования пациентов путем персональной раздачи до (в ходе консультирования) и после лечения, а также ориентировочный план беседы с пациентами для информирования по рискам и последствиям лечения.

Памятки и планы были розданы врачам, участникам исследования. С врачами был проведен первичный инструктаж и тренинги. Через год, в течение которого мы поддерживали консультативную связь с участниками, было выполнено повторное анкетирование пациентов и опрос врачей.

Результаты

Рекламации пациентов заметно уменьшились. Пациенты, проинформированные о возможных рисках и осложнениях, принимали добровольное решение на вмешательство и не имели претензий к врачу после лечения, даже если риски

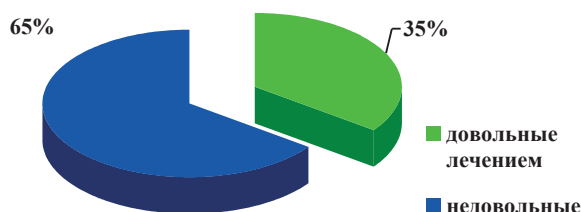


Диаграмма 1. Рекламации

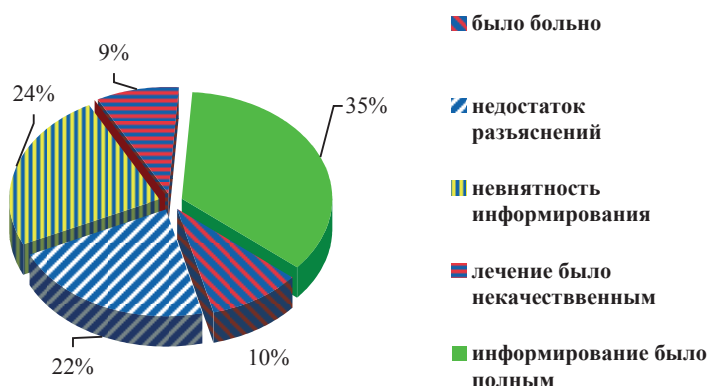


Диаграмма 2.

Детализация рекламаций

ПАМЯТКА (при обработке и пломбировании корневых каналов)	
1.	Итак, поздравляем, Вам провели эндодонтическое (внутри-зубное) вмешательство!
2.	Но!!! Рекомендуется индивидуальное наблюдение.
3.	в течение 3 дней и сроком до одной недели возможны боли, преимущественно от надавливания на зуб или от прикосновения к зубу.
4.	временная повязка («пломба») устанавливается на зуб, если лечение происходит в несколько (2-3) посещения. Временная повязка затвердевает длительно (2-3 часа) и на протяжении затвердевания может крошиться, в чем нет никакого нарушения процесса лечения, рекомендуется 1 час не пить и 2 часа не принимать пищу. <u>Продолжить лечение через 3-14 дней.</u>
5.	для подавления воспаления и боли возможен приём: таблетки Кетанов (или Кеторол, Найз, Нурофен, Анальгин, Дексалгин, Пенталгин, Баралгин, Седалгин) через час после окончания стоматологического вмешательства и в течение трёх дней вне зависимости от болевого синдрома по 1 таблетке три раза в день после приёма пищи.
6.	Для ускорения исчезновения признаков анестезии рекомендуется горячее питье
7.	Ознакомлен: (подпись)

ПАМЯТКА при блокировании глубокого кариеса	
1.	Поздравляем на Вашем зубе теперь новая пломба
2.	Но!
3.	Рекомендуется индивидуальное наблюдение!
4.	в течение 3 дней возможны дискомфортные ощущения в области лечёного зуба (в области как и зуба, так и десны)
5.	Если в течение недели и несколько позже появится боль пульсирующего характера, от холодного и горячего, с возможным распространением в область виска и уха следует обратиться повторно к врачу-стоматологу для пломбирования корневых каналов причинного зуба
6.	для подавления воспаления и боли принимать таблетки Кетанов (или Кеторол, Найз, Нурофен, Анальгин) вне зависимости от болевого синдрома по 1 таблетке три раза в день после приёма пищи
7.	Для ускорения исчезновения признаков анестезии рекомендуется горячее питье
8.	Ознакомлен: (подпись)

Рис. 1. Примеры некоторых «памяток»

и наступали. Пациенты стали спокойнее относиться к лечению зубов.

В заключение можно отметить, что современному медицинскому информированию уделяется значительное внимание в Федеральном законодательстве (Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 20) [7]. В программу обучения специалистов стоматологического профиля входит многочасовая дисциплина «Стоматологическое просвещение» (308 учебных часов) [1, 5]. Коммуникациям в медицине должно уделяться большое внимание. Именно посредством коммуникативных приемов формируется цепочка «знание-понимание-убеждение-навык-привычка» и коалиция Больной+Врач. В то же время коммуникативные стратегии по-настоящему сильны и эффективны для человека в основном для предотвращения проблем здоровья (рисков и осложнений трудоемкого и дорогостоящего лечения), то есть для профилактики. По словам N.Machiavelli (1469-1527), тяжелую болезнь вначале легко вылечить, но трудно распознать. Когда она уже усилилась, ее легче распознать, но уже труднее вылечить. Самое лучшее – не болеть (и кариесом в том числе).

Пусть наше исследование само станет примером рациональной коммуникации и поможет врачам и пациентам лучше понимать друг друга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ №33 от 06.02.01 г. «О введении специальности стоматология профилактическая».
2. Приказ МЗ №408 от 15.11.01 «Об утверждении Инструкции по расчету условных единиц трудоемкости работы врачей-стоматологов и зубных врачей».
3. Ковальский В.Л. Алгоритмы организации и технологии оказания основных видов стоматологической помощи / Медицинская книга, 2004. – 180 с.
4. Кузьмина Э.М. Некоторые показатели мониторинга стоматологической заболеваемости населения России. // Стоматология сегодня. – 2008. – №9 (79). http://www.dentoday.ru/ru/content/index/113284/14209_0.html.
5. Рабочая учебная программа по дисциплине «Стоматологическое просвещение» МГМСУ им. А.И.Евдокимова. / <http://www.msmsu.ru/page/specialnost-stomatologiya-profilakticheskaya>
6. Садовский В.В. Стоматология «в 4 руки». / Стоматология. – 1999. – 98 с.
7. Федеральный Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
8. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of dental caries/ Quintessence Publishing Co, Inc. 2004. – P. 207.