

**В. И. Шемонаев, Т. Н. Климова, Т. Б. Тимачева**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра ортопедической стоматологии

## **ДЕОНТОЛОГИЯ И ЛИЧНОСТНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

УДК 616.314-089.23:614.253

В статье изложены вопросы этики и деонтологии, связанные с разрешением конфликтных ситуаций на стоматологическом приеме. Затрагиваются причины, приводящие к возникновению спорных ситуаций, а также рассмотрены возможные варианты предупреждения конфликтных моментов путем изучения влияния характерологических особенностей пациента на межличностный контакт и адаптацию к протетическим конструкциям.

*Ключевые слова:* этика, деонтология, адаптация.

**V. I. Shemonaev, T. N. Klimova, T. B. Timacheva**

## **DEONTOLOGY AND PERSONAL APPROACH IN CONFLICT PREVENTION IN PROSTHETIC DENTISTRY**

The article outlines the issues of ethics and deontology related to the resolution of conflicts in the dental office. The most common causes of disputes and conflicts are reviewed in the article. The article also discusses the patterns of dealing with conflict prevention by means of studying the influence of personality traits on patients' interpersonal communication and adaptation to prosthetic devices.

*Keywords:* ethics, deontology, adaptation.

В современной стоматологии все чаще возникает необходимость обсуждения вопросов, связанных с разрешением конфликтных ситуаций [1, 4, 7]. В связи с этим привычное представление о деятельности врача-стоматолога как исполнению строго определенной профессиональной роли явно устарело [3].

Стоматология превратилась в особый культурный комплекс, который включает и экономику, и менеджмент, и высокие технологии, и новейшие психологические методики [5, 6]. Некоторые авторы даже считают, что роль стоматолога перестает быть узко профессиональной и превращается в роль социальную [8].

С учетом вышеизложенного целью исследования являлось повышение эффективности ортопедического лечения пациентов на основе профилактики конфликтных ситуаций путем изучения влияния характерологических особенностей пациента на межличностный контакт и адаптацию к зубным протезам.

Особенностью стоматологического ортопедического лечения является продолжительность и многостадийность процесса изготовления и инсталляции в полость рта инородного тела, которым, по сути, является зубной протез.

В связи с этим успех ортопедического стоматологического лечения будет зависеть от многих причин: квалификации врача, квалификации

зубного техника и качества технической работы, качества стоматологических материалов и уровня технологий лечения, состояния лечебного учреждения, соблюдения правил этики и деонтологии [3, 9].

По данным В. Н. Трезубова (2006), успех лечения в объеме до 60 % определяется внешним впечатлением от медицинского учреждения и от внимания персонала. От четкого выполнения каждым сотрудником стоматологической поликлиники своих функциональных обязанностей складывается мнение о лечебном учреждении в целом (рис. 1).

Поэтому большое значение приобретает хорошо поставленная информация по общим вопросам, интересующим пациентов: например, расписание работы врачей, правила и порядок оказания помощи, сроки изготовления и стоимость протезов.

Все это способствует формированию у пациента приятного впечатления и чувства доверия к лечебному учреждению.

Так, например, в регистратуре медрегистратор должен вежливо и приветливо встретить пациента, завести амбулаторную карту и дать информацию о том, к какому врачу следует обратиться, при этом значение имеет мимика, жесты. Известно, что первое впечатление на 55 % определяется именно этим, и лишь в 7 % имеет значение содержание разговора [4].

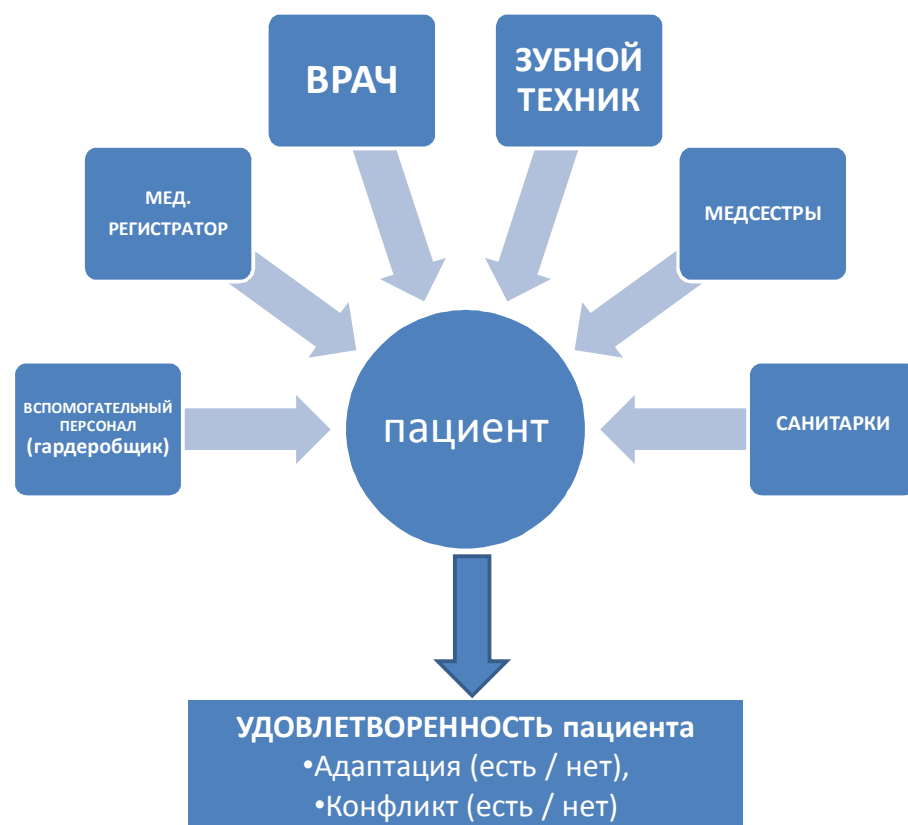


Рис. 1. Персонал поликлиники, участвующий в оказании стоматологической услуги

Немаловажной особенностью ортопедического лечения является участие еще одного специалиста – зубного техника.

От его профессиональной компетентности, мануальных навыков и добросовестности во многом зависит результат лечения, в том числе и удовлетворенность пациента лечением.

При этом возникающие вопросы по выбору конструкционных материалов, дизайну протеза или выполнению отдельных манипуляций на этапах изготовления протезов не должны обсуждаться в присутствии пациента. Они решаются коллегиально врачом и зубным техником, исходя из реализации концепции «командного подхода» к ортопедическому стоматологическому лечению.

С учетом всего вышеизложенного для предупреждения возникновения конфликта в стоматологической практике необходимо выстроить «правильные» взаимоотношения между врачом и пациентом.

Наиболее часто встречающиеся в обращении с пациентами ошибки систематизированы в работе В. Д. Вагнера с соавт. (2011):

- равнодушие, незаинтересованность;
- грубость врача с пациентом или, наоборот, псевдолоаскательное обращение к нему («голубчик», «милочка») – как первое, так и второе унижают и оскорбляют больного;

– осуждение предыдущего ортопедического лечения (качество протезов, одонтопрепарирования), проведенного другим врачом;

– дача «мудрых советов» больному («пожалуйста на врача», «пусть врач вернет деньги за такое лечение» и т. д.).

Важно помнить, что обязательное выполнение деонтологических принципов не только создает основу для эффективного общения с пациентом, но и во многом обеспечивает успех лечения.

Успех проводимого стоматологического лечения будет определяться типом ведущего характерологического радикала (ВХР). В своей работе «Характерологические особенности личности» Е. В. Истомина (2007) приводит данные по частоте встречаемости типов ВХР: синтонный ВХР [(23,9 ± 3,0) %]; авторитарный [(20,8 ± 2,9) %]; тревожно-сомневающийся [(13,7 ± 2,4) %], застенчиво-раздражительный [(15,2 ± 2,6) %]; замкнуто-углубленный [(12,2 ± 2,3) %]; демонстративный [(14,8 ± 2,5) %].

Пациенты с синтонным ВХР (циклоидная акцентуация) на приеме естественны, общительны, энергичны, приветливы, как правило, не испытывают сложностей с построением межличностного контакта «врач – пациент», они отзывчивы на общую благоприятную атмосферу лечебного процесса, с доверием относятся к врачу, им не свойственны ипохондрические

переживания, но спад настроения может на время превратить их в «ипохондриков», «психастеников».

Пациенты с авторитарным ВХР (эпилептоидная акцентуация) на приеме, как правило, напряжены, прямолинейны, некоторые из них угрюмы. Эти пациенты не отличаются ипохондрическими переживаниями, степень видимой тревожности низкая. В целом такие пациенты нацелены на окончательный результат протезирования, деловиты, настойчивы в его достижении, обычно высокоорганизованы, они достаточно твердо принимают окончательное решение по выбору ортопедической конструкции.

Пациенты с тревожно-сомневающимся ВХР (психастеническая акцентуация) на приеме часто рассеяны, несобранны, им свойственна некоторая двигательная неловкость, суетливость, нерешительность, при расспросе они обстоятельно приводят детали и подробности болезни из-за боязни допустить неточность, склонны к пессимистическим размышлениям, ипохондрическим тревожным сомнениям, преувеличивают возможность осложнений ортопедического лечения, иногда испытывают сложности в построении контакта «врач – пациент». Но, в то же время, как правило, они исполнительны, добросовестны, серьезны в отношении проводимого лечения.

Пациенты с застенчиво-раздражительным ВХР (астеническая акцентуация) на приеме застенчивы, чувствительны, легко ранимы, некоторые проявляют робость, во многих случаях – повышенную тревожность, раздражительность. Пациенты в этой группе не всегда настойчивы в достижении результатов протезирования, особенно, в случае применения съемных протезов, нередко пассивны.

Пациенты с замкнуто-углубленным ВХР (шизоидная акцентуация) отличаются собственными суждениями и даже смелыми концепциями по поводу состояния их стоматологического здоровья, довольно часто не соглашаются с предлагаемым планом лечения, их рассуждения о ходе ортопедического лечения основываются не на реальном положении вещей, а на собственном концептуально-теоретическом мнении. Такие пациенты на приеме либо испытывают серьезные коммуникативные трудности, либо пытаются быть гиперобщительными.

Пациенты с демонстративным ВХР (истероидная акцентуация) на приеме часто стараются

привлечь к себе повышенное внимание, нередко преувеличивая при этом жалобы и симптомы, особых трудностей в контакте с врачом не испытывают.

Знание характерологических особенностей пациента помогает в общих чертах понимать внутреннюю логику внешнего поведения пациентов и, сообразуясь с этим, применять дифференцированную деонтологическую тактику. Все это, в конечном счете, позволяет творчески подойти к процессу профилактики конфликтных ситуаций в системе межличностного общения и взаимодействия на уровне «врач – пациент» при проведении стоматологического ортопедического лечения.

Сотрудниками кафедры ортопедической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета были научно обоснованы и предложены к практическому применению ряд методик, которые с успехом реализуются для минимизации возможных рисков развития конфликтных ситуаций, так, например, диагностические шкалы «Прогноз адаптации к ортопедическим конструкциям» (ПАОК) и «Адаптация к ортопедическим конструкциям» (АОК) (Михальченко Д. В., Миликевич В. Ю., Клаучек С. В., 1998).

В процессе опроса врачей стоматологов-ортопедов определяли основные жалобы пациентов, наиболее характерные для периода адаптации к изготовленному зубному протезу.

Это позволило составить перечень утверждений, собранных в пять основных групп-категорий: «эстетика», «комфорт», «жевательная функция», «речь», «болевые ощущения».

В пределах каждой категории были выбраны наиболее характерные, которые были включены в опросник (рис. 2).

По предложенной формуле:

$$T = 50 + 10(M - Mn) / Q(Mn),$$

где M – результат обследования по шкале;

Mn – значение среднего первичного результата (стандарта);

Q – среднеквадратическое отклонение, производится интерпретация полученных данных.

Так, лица, набравшие < 14 баллов, относятся к группе с неудовлетворительной адаптацией, от 14 до 22 – с потенциально удовлетворительной адаптацией, от 22 до 30 включительно – с удовлетворительной адаптацией.

1. (5) Мои руки и ноги обычно достаточно холодные.
2. (12) Временами мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что о них лучше и не рассказывать.
3. (53) Я часто чувствую жжение, покалывание и онемение в различных частях своего тела.
4. (64) Меня нелегко переубедить.
5. (80) Самая трудная борьба для меня - борьба с самим собой.
6. (94) Большинство людей честны главным образом потому, что боятся наказания.
7. (101) Я знаю, кто виноват в большинстве моих неприятностей (не имея в виду себя).
8. (110) Критика и замечания ужасно обижают и ранят меня.
9. (112) Мое поведение чаще всего не определяется правилами и привычками окружающих меня людей.
10. (120) Большей частью я засыпаю с тревожными мыслями.
11. (124). У меня бывают такие состояния, когда я не осознаю, что делаю.
12. (129) Теменная часть головы у меня иногда бывает очень чувствительной.
13. (155) Иногда, когда я смущаюсь, я обливаюсь потом и мне это неприятно.
14. (174) Я часто замечаю за собой, что тревожусь о чем-то.
15. (183) Я часто замечаю у себя приступы сердцебиения или одышки.
16. (187) Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
17. (189) Я слишком часто предаюсь размышлениям.
18. (191) У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, когда я долго не могу усидеть на одном месте.
19. (205) Я могу дружелюбно относиться к людям, поступки которых я не одобряю.
20. (228) Я убежден, что являюсь предметом обсуждения.
21. (234) Я предпочитаю не заговаривать с людьми, пока они сами не обратятся ко мне.
22. (235) В определенной ситуации я мог бы нарушить закон.
23. (238) Когда несколько человек попадают в неприятную историю, им нужно придумать, что говорить, и потом всем придерживаться одной линии.
24. (239) Думаю, что я чувствую все более остро, чем большинство людей.
25. (240) Я почти всю свою жизнь нахожусь в напряжении.
26. (249) Думаю, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
27. (250) Я более чувствителен и обидчив, чем большинство людей.
28. (263) Я почти все время испытываю чувство тревоги или беспокойства за кого-то или за что-то.
29. (274) Меня настораживают люди, которые относятся ко мне более дружелюбно, чем я ожидал.
30. (283) Иногда какая-нибудь маловажная мысль крутится в голове и надоедает мне несколько дней подряд.

Рис. 2. Тест оценки адаптации к ортопедическим конструкциям («АОК»)

Таким образом, тест АОК является информативным диагностическим методом и может применяться для оценки адаптации пациента к стоматологическим ортопедическим конструкциям. Для получения результатов врачу-исследователю необходимо определить количество баллов по каждой шкале и отобразить

профиль адаптации на оригинальном бланке теста АОК (рис. 3).

Методика проста в применении, занимает немного времени у врача и пациента, дает возможность судить не только об общем состоянии процесса и уровне адаптации, но и позволяет составить представление о структуре дезадаптации.

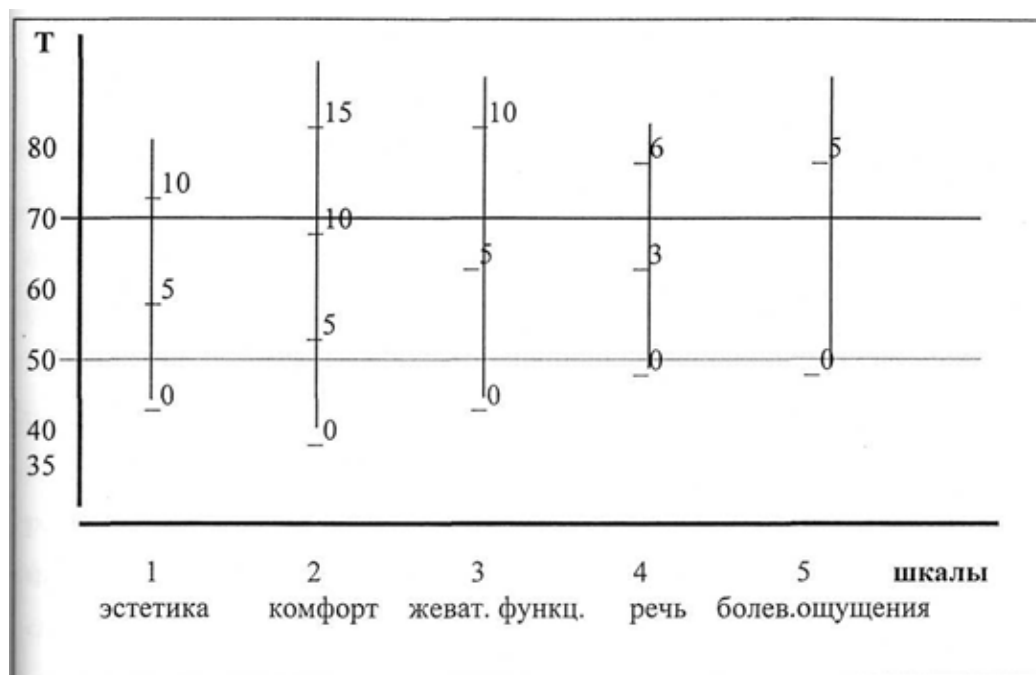


Рис. 3. Бланк теста «АОК»

Таким образом, разработанные диагностические шкалы тестов «АОК» и «ПАОК» позволяют сориентировать врача в выборе тактики общения и лечения пациента, они компактны, просты в применении и могут легко использоваться в условиях амбулаторного стоматологического приема.

Еще одна разработка – «методика субъектно-ориентированного общения с пациентом на основе его ведущего канала восприятия информации» (Кибкало А. П., Агеенко К. О., 2003).

Согласно предложенной методике на основании собеседования и наблюдения в клинике, проводится разделение пациентов на группы по доминирующему «каналу» восприятия внешней информации (визуалистов, аудиалистов и кинестетиков). При этом используются невербальные сенсорные ключи, а именно, обращается внимание на движение глаз, головы, тип дыхания, тональность голоса, скорость речи. Проводится специальный тест. Особенности деонтологического и личностного подхода в этом случае заключаются в том, что пациенты получают ортопедическое стоматологическое лечение с одновременной психологической подготовкой в соответствии с их типом восприятия информации.

Визуалистам необходимо предоставить информацию о предстоящем лечении в форме фотографий, рисунков, компьютерных презентаций, моделей зубных протезов. Акцент делается на зрительное восприятие пациентом положительных сторон этапов и результатов лечения. С аудиалистами необходимо проводить собеседование, основанное на причинно-следственной связи, суждениях специалистов; приводить сравнения, аргументировать; выявлять жизненные ценности и предпочтения с последующим использованием их в разговоре. Необходимо тщательно и аккуратно подбирать слова и тщательно выстраивать аргументацию. Кинестетикам необходимо не только продемонстрировать конструкции будущих зубных протезов, но и обя-

зательно дать их в руки пациенту для того, чтобы он мог потрогать, пощупать, тактильно ощутить модель будущей конструкции.

Использование субъективно-ориентированных методик общения с пациентом на этапах позволяет свести к минимуму неудовлетворительное отношение пациента к результатам протезирования. Ведь удовлетворенность лечением зависит и от адекватной психологической подготовки больного к проводимому ортопедическому лечению.

Следует отметить, что знание различных характерологических особенностей пациентов необходимы любому врачу прежде всего для того, чтобы применять психотерапевтическое воздействие в рамках врачебной тактики деонтологического поведения, направленной на предупреждения конфликта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер В. Д., Сирота Н. А., Шлыков М. В. // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2011. – № 6(11).
2. Истомина Е. В. Деонтологическое поведение стоматолога-ортопеда в зависимости от характерологических особенностей пациентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 16 с.
3. Кибкало А. П., Тимачева Т. Б., Моторкина Т. В. и др. // Вестник ВолгГМУ. – 2003. – № 9. – С. 177.
4. Михальченко Д. В. Психофизиологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 1999. – 93 с.
5. Полякова Р. В., Маршалок О. И. // Современные проблемы науки и образования. – № 6. – 2012. – С. 34–36.
6. Стоматологический кабинет: оборудование, материалы, инструменты: учебное пособие для медицинских вузов / В. Н. Трезубов, Л. М. Мишнёв, М. М. Соловьёв и др.; под ред. В. Н. Трезубова: – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 144 с.
7. Фирсова И. В., Михальченко Д. В., Михальченко А. В. // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – № 1(45). – С. 3–6.
8. Шемонаев В. И., Малолеткова А. А., Клауцек С. В. // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – № 1. – С. 133–137.
9. Smith T. A., Kroeger R. F., Mullins M. R. // Gen. Dent. – 2011. – Vol. 39, № 4. – P. 254–256.