



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вищий державний навчальний заклад України
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

95
РОКІВ
ВДНЗУ «УМСА»

УДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**



Полтава – 2016

УДК 378.001.1

Друкується за рішенням
вченої ради ВДНЗУ «УМСА»
від 24 червня 2015 р., протокол № 9

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій та Реєстру медичних виставок на 2016 рік (лист Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи від 04.02.2016 р. № 30)

Редакційна колегія:

- | | |
|-----------------------------|---|
| проф. Ждан В.М. | – ректор академії, головний редактор |
| проф. Бобирьов В.М. | – перший проректор з науково-педагогічної роботи, відповідальний редактор |
| проф. Білаш С.М. | – начальник відділу з науково-педагогічної роботи та організації навчально-наукового процесу |
| доц. Лещенко Т.О. | – зав. кафедри українознавства та гуманітарної підготовки |
| доц. Бєляєва О.М. | – зав. кафедри іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією |
| доц. Карпенко О.О. | – доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань |
| доц. Панькевич А.І. | – доцент кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології |
| доц. Саргош О.Д. | – доцент кафедри гігієни, екології та охорони праці в галузі |
| доц. Свінцицька Н.Л. | – доцент кафедри анатомії людини |
| доц. Чорна І.О. | – доцент кафедри загальної хірургії з доглядом за хворими |
| доц. Ярмола Т.І. | – доцент кафедри внутрішньої медицини № 2 з професійними хворобами |
| Нетудихата О.М. | – зав. навчально-методичного кабінету |

ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА НА ДИТЯЧОМУ ПРИЙОМІ

Шешукова О.В., Падалка А.І.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

У роботі розглянуті основні моменти становлення особистості майбутнього лікаря-стоматолога дитячого. Акцентовано увагу на основних особистісних якостях, якими якими володіти лікар-стоматолог, який лікує дітей.

Ключові слова: особистість, становлення, лікар-стоматолог, діти.

Становлення особистості майбутнього лікаря-стоматолога відбувається в процесі отримання ним професії у вищому медичному навчальному закладі. Опанування елементів майбутньої професії починається з перших курсів навчання. Велике значення в наш час надається вивченню біоетики, яка формує умови для самовизначення, самореалізації і моральних якостей, заснованих на цінності людської особистості та прав людини [1]. Основні особистісні якості, які мають бути сформовані в лікаря-стоматолога як у представника найлюдянішої професії, такі [3]:

1. Морально-етичні: чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, уміння тримати слово.

2. Комунікативні: особиста привабливість, увічливість, повага до оточення, готовність допомогти, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, комунікабельність.

3. Вольові: впевненість у собі, витримка, схильність до ризику, сміливість, незалежність, стриманість, урівноваженість, рішучість, ініціативність, самоорганізація, цілеспрямованість.

4. Організаційні: вимогливість до себе й оточення, схильність брати на себе відповідальність, уміння приймати рішення, правильно оцінити себе і пацієнта, планувати свою роботу.

Лікар-стоматолог має бути високоморальним, оскільки його діяльність пов'язана з долями людей, з їхнім здоров'ям і життям.

Одним із головних компонентів становлення особистості майбутнього лікаря-стоматолога є комунікативні якості. Уміння спілкуватися дає можливість завоювати довіру пацієнта, забезпечує взаєморозуміння, значно підвищує ефективність лікування.

Особливу роль комунікативні здібності лікаря відіграють у лікуванні маленьких пацієнтів, тому що необхідно встановити контакт не тільки з дитиною, а й з батьками, які дуже часто ставляться упереджено до всіх дій лікаря. Від того, чи є між лікарем і маленьким пацієнтом контакт, залежить не тільки правильна діагностика, а й успішне лікування дитини.

Спілкування — це перша сходінка, з якої починається процес лікування, складається перше враження один про одного, формуються передумови для подальшої міжособистісної взаємодії. Лікарю-стоматологу дитячому необхідно познайомитися зі своїм маленьким пацієнтом, установити психологічний контакт. Перше враження дитини про лікаря багато в чому в майбутньому визначить те, як пацієнт буде будувати свої відносини з лікарем, виконувати його призначення, вживати ліки, дотримуватися дієти і режиму.

Найбільш важливе завдання, що стоїть перед лікарем-стоматологом на першому відвідуванні дитиною стоматологічного кабінету, — це справити на малюка і його батьків позитивне враження. У дитини та її батьків має створитися уявлення про те, що лікар безумовно хоче і може їм допомогти. Перше ґрунтується на емпатичних здібностях лікаря, друге — на його впевненій манері поведінки.

Характерною рисою дитини є лабільність її емоцій, що є значною перешкодою у встановленні комунікативних відносин при стоматологічних втручаннях, яким передують відчуття емоційного напруження і страху [2]. Невербальна поведінка лікаря-стоматолога на етапі встановлення контакту важливіша, ніж вербальне спілкування. На вербальному рівні взаємодії, словами лікарі говорять практично одне і те ж, але невербально, інтонаціями, жестами, поглядами, можуть передавати абсолютно різні повідомлення, що містять певне ставлення до дітей різного віку та їхніх проблем. Невербальне спілкування містить найбільш значущу інформацію, на яку реагує маленький пацієнт на першій зустрічі з лікарем-стоматологом.

Завжди до лікаря-стоматолога висуваються підвищені вимоги, що стосуються як зовнішнього вигляду, так і манери поведінки. Відчуття психологічного контакту дає такий важливий елемент невербальної взаємодії, як контакт очима (погляд). Тому в перші ж секунди професійного спілкування лікар-стоматолог має подивитися в очі своєму пацієнтові, даючи зрозуміти, що готовий уважно його вислухати. Переконавши поглядом хворого в надійності та міцності психологічного контакту, лікар запитує про причини візиту.

У професійній взаємодії лікаря-стоматолога з маленькими дітьми в нагоді стають навички невербальної взаємодії. Малюки, не володіючи розвиненим словесним запасом, часто відчують труднощі при описі характеру болю, не можуть визначити його («колючий», «ріжучий», «тисне», «розпирає»). Маленькі діти часто не можуть установити причинно-наслідковий зв'язок між подіями: їм важко визначити, пов'язаний біль з уживанням їжі чи з характером уживаних продуктів харчування і т. ін. Досить часто на прийомі в лікаря-стоматолога діти бояться і панікують, тому симулюють захворювання, імітуючи, наприклад, скарги, характерні не для карієсу, а для його ускладнень. Спостереження за поведінкою дитини дає змогу лікарю-стоматологу отримати необхідну додаткову інформацію для визначення діагнозу [4].

У процесі вербальної комунікації лікар-стоматолог поступово має скорочувати фізичну дистанцію: в якийсь момент бесіди він може нахилитися ближче до дитини або торкнутися її руки, уникаючи різких рухів і грубих дотиків. Створивши пацієнтові можливість звикнути до скорочення міжособистісної відстані, лікар таким чином готує його до фізичного контакту (пальпація, перкусія, зондування). Необхідно пам'ятати, що в більшості випадків маленькі пацієнти емоційно реагують на перший фізичний контакт із лікарем-стоматологом. У таких випадках доці-

льно перевести всі маніпуляції в ігрову форму.

Аби забезпечити якісне лікування і встановити психологічний контакт із дитиною, лікарю-стоматологу необхідно враховувати низку факторів:

- вік дитини;
- стадію інтелектуального розвитку дитини;
- тип емоційного розвитку дитини;
- темперамент дитини;
- тип поведінки дитини під час стоматологічного прийому;
- тип батьківського ставлення.

Отже, лікар-стоматолог дитячий має володіти особистісними якостями, головними з яких є морально-етичні та комунікативні. Наявність цих якостей допоможе знайти спільну мову з маленькими пацієнтами та їхніми батьками, спрогнозувати реакцію дитини перед стоматологічним втручанням і підібрати індивідуальний підхід до кожної дитини.

Список використаної літератури

1. Банных С.В. Биозитические аспекты становления личности врача в системе высшего медицинского образования / С.В. Банных, А.Я. Евтушенко // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 6. – С. 64-64.
2. Ткаченко П.І. Стоматологічний статус і стан вегетативної нервової системи в дітей перед хірургічним стоматологічним втручанням / П.І. Ткаченко, Н.І. Задоя // Український стоматологічний альманах. – 2003. – № 6. – С. 35-39.
3. Філоненко М.М. Психологія спілкування: підручник / М.М. Філоненко. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 224 с.
4. Шешукова О.В. Клінічне мислення у викладанні дитячої стоматології на післядипломному етапі освіти / О.В. Шешукова // Світ біології та медицини. – 2015. – № 3. – С. 198-202.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ БАЗИ ДАНИХ ІЗ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Шинкевич В.І.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

У статті наведено приклади з бази даних доказової медицини в стоматології і пародонтології зокрема. Відображено еволюцію клінічних поглядів у цьому підрозділі на основі накопичених результатів досліджень. Показано, що важливим завданням викладача є навчити майбутнього лікаря користуватися базою даних із доказової медицини.

Ключові слова: доказова медицина, професійне вдосконалення.

«Evidence-Based Dentistry-BDJ» – додаток до журналу «British Dental Journal» зустрічає на своєму сайті (<http://www.nature.com/ebd/index.html>) привітанням: «Долаючи розрив між науковими дослідженнями і стоматологічною практикою, Evidence-Based Dentistry забезпечує єдине джерело новаторських питань у стоматології. Ми відфільтрувати кращий асортимент доказів з широкого діапазону джерел і наводимо їх ясно, всебічно і в легко засвоєному резюме».

До баз даних подібної інформації з доказової медицини, зокрема в стоматології, належать такі журнали: «Wiley Online Library», «Home – PubMed – NCBI» (систематичні огляди і метааналізи); «Home – PMC – NCBI» (повнотекстові статті); «Embase», «Cochrane Library» (www.thecochranelibrary.com), the World Health Organization (<http://www.who.int/trialsearch>) and Clinical Trials.gov (<http://www.ClinicalTrials.gov>) та ін., які публікують структуровані тези, узагальнюючі найбільш якісні й корисні в клініці останні наукові дослідження. Постійно оновлювані метааналізи дозволяють істотно скоротити час між науковим відкриттям і широким впровадженням його результатів у практику охорони здоров'я. І практичному лікарю не рекомендується звертатися до джерел первинної наукової інформації – спеціалізованих журналів, оскільки на засвоєння матеріалу буде витрачено занадто багато часу [1].

Наступним прикладом підбору даних щодо лікування хронічного пародонтиту за ключовими словами «regio-dontitis therapy» в базі «Evidence-Based Dentistry-BDJ» за останні 15 років показано метааналізи актуальних наукових досліджень щодо методів і додаткових засобів у лікуванні хронічного пародонтиту та рівні їх доказовості переважно простою мовою. Клінічний досвід свідчить, що механічна нехірургічна терапія при пародонтиті – це найкращий варіант лікування серед доступних. Та необхідно продовжувати використовувати висновки клінічних досліджень разом із найкращими клінічними оцінками (з усіма притаманними упередженнями) про те, коли, де і в кого потрібна механічна терапія [7].

Близько 10 років тому увагу при лікуванні хронічного пародонтиту приділяли місцевій антибактеріальній терапії. Аналіз ефективності та безпеки періодичного використання мазі та гелю 25% міноцикліну, які повільно його вивільняють, як доповнення до зняття під'ясених відкладень при нехірургічному лікуванні хронічного пародонтиту дорослих протягом тривалого періоду, показав статистично достовірне покращення (протягом 15 місяців) пародонтального клінічного статусу та значне зменшення пародонтопатогенів при застосовуванні обох форм препарату [14].

У 9-місячних багатоцентрових контрольованих дослідженнях узяли участь 748 пацієнтів із середнім і тяжким пародонтитом, яких було рандомізовано на 3 паралельні групи: (1) контрольна група (тільки скейлінг), (2) скейлінг плюс додаткові пристрої та (3) скейлінг плюс мікросфери міноцикліну. Перевіряли гіпотезу, що в пацієнтів із тяжкими формами пародонтиту (глибина пародонтальних кишень 5 мм і більше) скейлінг у сполученні з міноцикліном матиме вищу терапевтичну ефективність, ніж тільки скейлінг. Висновок за отриманими результатами статистично підтвердив покращення за використання міноциклінових сфер (чи гранул), але подальші дослідження необхідні, щоб переконливо довести ці результати [6].