

ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОНТАКТ – ОСНОВА РОБОТИ СТОМАТОЛОГА-ПЕДІАТРА

*П.Ф.Ткаченко, С.Ф.Кіргенко, П.І.Амогова, С.Ю.Андрієнова, О.Е.Абравмова,
Л.Ф.Чуприна*

Клінічне мислення лікаря–стоматолога – це багатограний процес, який містить наперед психологічний аспект, що починається з встановлення контакту із хворим.

Окрім поведінки самої дитини, складність дотримання технологій стоматологічних маніпуляцій у дітей визначається також підвищеним слиновиділенням, особливостями будови тимчасових і постійних зубів, негативним ставленням до анестезії і препарування твердих тканин зубів тощо.

Для встановлення контакту з дитиною, формування позитивного ставлення до лікування необхідно враховувати її вік та індивідуальність.

Педіатри звертають увагу на наявність у маленької дитини страху перед невідомим, незвичайним чи неочікуваним, і в деяких випадках їм не вдається запобігти страхові дитини перед обстеженням і втручанням. У зв'язку з тим, що немовлята мають здатність упізнання як основу пам'яті, в наступне відвідування дитина може реагувати на подібну ситуацію страхом, який на цей раз буде зумовлений діями лікаря на першому відвідуванні. Малюк реагує страхом на присутність людини в білому халаті, хоча вона йому ніколи неприємного не робить. Ця умовна боязнь стає причиною негативного ставлення до майбутнього лікування. Тому до найменших пацієнтів необхідно ставитися максимально обачно і прагнути завоювати їхню довіру.

У дошкільному віці зростає чутливість дитини до боязні. Наявність таких дітей досить значна, і проблема полягає в тому, чи буде вона використана в позитивному аспекті. Нові предмети і явища можуть викликати в дитини як відчуття страху, так і відчуття зацікавленості. Тому краще не дозволяти дитині дуже довго розглядати стоматологічний кабінет, а якнайшвидше забавити її чимось, що може зацікавити, сказімо, показати і дати спробувати підняти крісло, побризкати з пустера водою тощо.

Дитина шкільного віку в емоційному відношенні прагне володіти зовнішніми проявами почуттів. Оскільки школярі вже вміють проявувати свої відчуття, вони можуть вести оточуючих в оману щодо свого стану. Стоматологи часто помилково вважають, що більшість дітей шкільного віку вже не відчувають страху перед лікуванням. За уважнішого спостереження за їхніми мовою, виразом обличчя і загальною поведінкою стає зрозуміло: вони відчувають страх.

Дуже складно встановлювати контакт із неслухняною дитиною. Спілкування лікаря в такому випадку може мати успіх за правильного інтерпретування дитячої поведінки, яка, за даними літературних джерел, може бути такою:

- готовність до співпраці (діти легко вступають у розмову з лікарем, розуміють необхідність лікування і виконують усі вимоги);
- недостатня здатність до співпраці (діти не здатні вступити в контакт із лікарем і зрозуміти, для чого вони прийшли до нього);
- потенційна нездатність до співпраці (діти 3–6 років, які мають негативний досвід спілкування з лікарем чи наслушалися страшних розповідей про лікування);
- істерична чи неконтрольована поведінка (характеризується криком, різкими рухами та іншими проявами темпераменту);
- негативна поведінка (дитина пасивна, сидить у кріслі напружено, не дивиться в очі лікарю та ігнорує будь-яку спробу спілкування);
- боязка поведінка (перед першим відвідуванням, перш за все в дітей молодшого віку);
- напруженість, але готовність до співпраці (діти сильно тримаються за крісло, напружено сліdkують за кожним рухом лікаря);
- плаксива поведінка (плач у цьому випадку застосовується дитиною як компенсаторна реакція на боязкість);
- стоїчна поведінка (діти спокійно і пасивно сидять у кріслі, не заперечують проведення лікування, що може бути наслідком жорстокого ставлення батьків).

Поведінка дитини – це відображення її виховання і взаємовідносин із батьками, які умовно поділяються в літературних джерелах на такі:

- батьки занадто опікують дитину, забороняють їй самостійно розв'язувати свої проблеми і боротися зі страхом;
- поблажлива поведінка батьків (спостерігається в тих випадках, коли діти навчилися керувати батьками, що дозволяє їм досягати виконання всіх своїх бажань);

– авторитарна поведінка батьків (батьки тиснуть своїм авторитетом, вимагають від дитини поведінки, яка не відповідає її віку);

– прохолодна поведінка батьків (батьки ігнорують інтереси дитини).

У сучасних умовах до підвищення емоційності батьків може призводити низка соціальних умов: несприятлива політична ситуація, несприятливі екологічні умови, вплив виробничих і побутових чинників соціальної природи, психологічна напруженість, викликана недостатністю соціально-побутового забезпечення, незбалансованість харчування, шкідливі звички тощо. Для стоматолога надзвичайно важливо мати позитивні відносини з батьками пацієнтів-дітей.

Без сумніву, важкою, але неминучою для стоматолога є необхідність правильної психологічної оцінки дитини вже під час першого відвідування для того, аби на подальших відвідуваннях на дитину можна було впливати і проводити раціональне лікування.

На першому відвідуванні за можливості не бажано використовувати бормашину. Перевагу слід надавати відносно простим і менш травмуючим процедурам. Це відвідування необхідно присвятити встановленню контакту з дитиною, аби не залишити в її психіці негативної реакції. Темп першого відвідування має бути доволі низьким. Акцент необхідно зробити на ознайомленні дитини з роботою стоматологічного кабінету та забезпеченні її комфорту.

Отже, ефективність лікування в стоматолога-педіатра залежить насамперед від умінь лікаря встановити контакт із дитиною. Для отримання позитивної установки дитини на лікування необхідна повага лікаря до її особистості та знання основ дитячої психології.

ЛОГІКА ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ І СТАНДАРТИ ЛІКУВАННЯ: КРОК УПЕРЕД І ДВА КРОКИ НАЗАД

І.П.Катеринчук, Л.А.Іващенко

Клінічне мислення, яке раніше робило лікарів мислителями, філософами, письменниками, нині втрачає свою популярність як процес, як ідеологія діагностичного пошуку та організації лікувального процесу.

Імовірно, однією з основних причин втрати його популярності є складність клінічного мислення, яке охоплює:

- навчання і досвід;
- індуктивне і дедуктивне мислення;
- інтерпретацію фактів, значимість і цінність яких непостійні;
- інтуїцію.

У кожного окремо взятого пацієнта цінність кожної зі складових і її значимість для прийняття рішення (встановлення діагнозу) можуть бути різними.

Алгоритм клінічного мислення складається з 5 послідовних етапів:

1. Вивчення скарг пацієнта шляхом клінічного дослідження (вивчення анамнезу і фізикальне обстеження).
2. Призначення діагностичних тестів, кожен із яких володіє певною точністю та інформативністю;
3. Узагальнення виявлених клінічних ознак та результатів лабораторних досліджень для розробки можливих варіантів діагнозу;
4. Порівняльна оцінка ризику і переваги альтернативних варіантів подальших досліджень;
5. Складання плану лікування.

Клінічне дослідження розпочинається з вивчення основних скарг, для чого є ключові питання, які охоплюють історію розвитку хвороби. Ці запитання доповнюються даними анамнезу, огляду хворого, на якому посилену увагу приділяють імовірно ураженим органам.

На другому етапі лікар визначає перелік діагностичних тестів, кожен із яких у межах своєї точності та інформативності допомагає досліджувати можливі гіпотези, що виникають у процесі диференційної діагностики. Оскільки проведення кожного з тестів вимагає певних матеріальних затрат і супроводжується певним ризиком ускладнень, лікар має досить ретельно проаналізувати отриману ним інформацію на фізикальному обстеженні хворого.