ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

АгаповН.Н., старший преподаватель кафедры терапевтической стоматологии НИУ «БелГУ»,
Авхачева Н.А., ассистент кафедры стоматологии общей практики НИУ «БелГУ
г. Белгород

Психологическая экспресс диагностика личности стоматологического пациента.

Фазы:

1. Предварительная ориентировка: первое впечатление о личности пациента. Маркеры психологического статуса. Данные анкеты о здоровье пациента и их психологические параллели (соматопсихика). Семантика одежды. Оценка коммуникабельности.

2. Углублённая ориентировка в личности стоматологического пациента: символика экспрессии. Оценка коммуникативного стиля. Различение нормативного и отклоняющегося вербального интеллекта.

3. Повышение самоконтроля и внешнего контроля: со - стороны администрации стоматологической организации, которая участвует в повышении квалификации (оплачивая учёбу и командировочные расходы).

Для того чтобы полученные знания не позабылись и превратились в навыки, используется такой инструмент контроля F llowup Conttract. Это договорённость между администрацией и получающим психологические знания сотрудником. Целью таких договорённостей являются: повысить эффективность усвоения полученных на тренировках знаний; мотивировать сотрудников продолжить работу над осмыслением полученных знаний; помочь руководителям выявить сотрудников с низкой степенью мотивации, имеющих серьёзные трудности в преодолении устойчивых стереотипов по отношению к клиенту; возможность открытого и доброжелательного общения между руководителем и сотрудником. Открытое обсуждение проблем клиники (вовлечение сотрудника в процесс принятия решений, налаживание эффективной циркуляции информации в данной организации).

4. Нежелание некоторых стоматологов взаимодействовать с пациентами: так, как того требуют условия рынка, то есть осуществлять обязательное профессиональное общение, учитывать индивидуальные особенности потребителя услуг, проявлять к нему уважение, радушие и внимание. Это позиция стоматологов, имеющих большой опыт работы в государственных поликлиниках, а иногда также высококлассных специалистов, полагающих, что «их дело лечить, а не разговаривать с пациентами»; это ограниченность личностных ресурсов у некоторых врачей - стоматологов: вербального интеллекта, рефлексии, эмпатии, коммуникативных навыков, выносливости нервной системы.

Дефицит потенциалов ограничивает возможности применения знаний по психологии, даже если врач стремится использовать эти знания, а в ряде

случаев порождает защитные реакции - отрицание полезности таких знаний, агрессию, критику ради критики и др. Данное обстоятельство подчёркивает актуальность целенаправленного подбора кадров для работы в условиях коммерции и конкуренции. Счастливый пациент приведёт за собой трёх новых пациентов, разочарованный сделает антирекламу десяти гражданам, по формуле Вильфредо Паретто.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ОБРАЩЕНИЙ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Алейникова К. С., аспирант кафедры факультетской терапии НИУ «БелГУ»
Ефремова О.А., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии НИУ«БелГУ»
КамышниковаЛ.А., ОболонковаН.И., к.м.н., доценты кафедры факультетской терапии НИУ «БелГУ»
г. Белгород

Сочетание ИБС и ХОБЛ неизбежно приводит к проблемам диагностики заболеваний и рационального выбора терапии. Данные патологии имеют взаимомодифицирующее влияние, поэтому понимание клинико - функциональных особенностей при таком сочетании дает возможность оптимизировать подход в ведении пациентов. Важным является определение различий в ходе изолированных и сочетанных заболеваний, которыми могут пользоваться врачи общей практики, кардиологического и пульмонологического профиля.

Цель исследования: провести оценку частоты обращений за медицинской помощью пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца, хроническим обструктивным заболеванием легких и их сочетанием.

Материалы и методы. Пациенты с сочетанием стабильной ИБС и ХОБЛ составили 1 группу (n=38), лица со стабильной ИБС без сопутствующего ХОБЛ - 2-ую (n=36) и пациенты с ХОБЛ без ИБС - 3-ью группу (n=28). Оценка частоты обращений лиц различных групп проводилась при амбулаторной, стационарной и неотложной помощи до включения в исследование. Пациенты самостоятельно отмечали частоту обращений к врачу общей практики в течение года, частоту госпитализаций в отделения терапевтического профиля по каким-либо причинам в течение 5 лет, количество вызовов неотложной (экстренной) медицинской помощи (НМП) за 1 год.

Результаты. Пациенты с сочетанной патологией (1-ая группа) достоверно чаще нуждались в госпитализации в отделения терапевтического профиля в течение последних 5 лет - в 5,2 раза в среднем, то есть около 1 раза в год, в то время как пациенты с ИБС без сопутствующего ХОБЛ и лица