

В.П. Литовченко 

МЕДИЧНЕ ІНТЕРВ'Ю В СИСТЕМІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Українська військово-медична академія
вул. Московська, 45/1, корпус 33, Київ, 01015, Україна,
Ukrainian Military Medical Academy
Moskovska str., 45/1, bldg. 33, Kyiv, 01015, Ukraine
e-mail: realvitalylytovchenko@ukr.net

Цитування: Медичні перспективи. 2022. Т. 27, № 4. С. 239-249

Cited: Medicni perspektivi. 2022;27(4):239-249

Ключові слова: стоматологічна допомога, відносини лікар-пацієнт, універсальний дизайн у стоматології, пацієнти з порушенням слуху, модель медичного інтерв'ю

Key words: dental care, doctor-patient relationship, universal design in dentistry, patients with hearing impairment, medical interview model/ guide to the medical interview

Реферат. Медичне інтерв'ю в системі стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими потребами. Литовченко В.П. Серед провідних тенденцій у галузі медицини – покращення якості різнопрофільних послуг; орієнтація на індивідуально спрямовану допомогу, досвід та потреби пацієнтів; забезпечення безбар'єрності при лікуванні пацієнтів з особливими потребами. Актуальною в такому контексті є «Калгарі-Кембриджська модель медичного інтерв'ю», розроблена з метою визначення ефективних навичок комунікації між лікарем та пацієнтом та рекомендацій для їх аналізу. Для вирішення зазначених вище завдань запропоновано адаптовану модель інтерв'ю для стоматологів з урахуванням комунікативних потреб пацієнтів з тяжким ступенем порушення слуху (до загальних завдань «структурування консультації», «налагодження відносин з пацієнтом», які є наскрізними для кожного з етапів медичного інтерв'ю, включено «забезпечення універсального дизайну середовища»; перед етапом "початок консультації" запропоновано додатковий "вибір пріоритетних засобів комунікації/необхідних адаптацій" і т.п.). На основі описаних сучасних підходів до побудови довірчих відносин у медичній практиці з урахуванням адаптованого варіанта інтерв'ю визначено ключові компоненти роботи з пацієнтами з особливими потребами (з порушенням слуху) у стоматології.

Abstract. Medical interview in the system of dental care providing to patients with special needs. Lytovchenko V.P. Among the leading trends in the field of medicine – improving the quality of various services; focus on individually targeted care, experience and needs of patients; creating equal opportunities and favorable treatment conditions. Relevant in this context is the “Cambridge guide to the medical interview” designed to identify effective communication skills between physician and patient and to provide a sound framework for their analysis. To solve the two leading tasks, an adapted interview model for dentists was developed and tested, taking into account the communicative needs of patients with severe hearing impairment (to the general tasks of “providing structure”, “building the relationship”), which are cross-cutting for each stage of medical interview, “ensuring a universal design of the environment” included, before the stage of “initiating the session” an additional “selection of priority means of communication/necessary adaptations”, etc.) was proposed. Based on the described modern approaches to building trusting relationships in medical practice, taking into account the adapted version of the interview, the key components of working with patients with special needs (hearing impairment) in dentistry are identified.

Практикуючий лікар-стоматолог – професія, що передбачає постійні та інтенсивні міжособистісні контакти. Контакт пацієнта з лікарем має специфіку, часто пов'язаний з негативним досвідом, оскільки може супроводжуватися болем, тривогою, невизначеністю тощо. Це є однією з причин того, що пацієнти покладають великі сподівання на особистісні якості та комунікативні навички своїх лікарів.

Лікарі мають уважно прислухатися до потреб пацієнтів, сприймати та надавати необхідну

інформацію в зручний для них спосіб (за необхідності адаптовано до можливостей пацієнтів), щоб досягти найкращих результатів. Залучення пацієнтів до прийняття рішень у медицині можливе й корисне; важлива умова – необхідна інформація має бути коректною, зрозумілою та доступною [19].

Проблема взаємодії лікаря та пацієнта особливо на часі. Якщо раніше наукові публікації в медичних журналах зосереджувалися безпосередньо на медичному процесі (діагностика,

втручання, госпіталізація тощо), то на сучасному етапі значна частина студіювань присвячена таким факторам, як відносини пацієнт-лікар, організація середовища, «психологічний клімат» [19, 20, 21, 23, 24].

Затребуваність тренінгів з комунікації у всіх сферах охорони здоров'я свідчить про визнання значущості таких навичок для взаємодії лікар-пацієнт під час надання медичної допомоги, що орієнтована на пацієнта.

Однією з тенденцій світового медичного простору є покращення якості медичних послуг; орієнтація на індивідуально спрямовану допомогу, досвід та потреби пацієнтів; створення рівних можливостей та сприятливих умов лікування. Так, «Національний інститут охорони здоров'я та догляду» (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) Великобританії у своєму установчому документі (Patient Experience in Adult NHS Services: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Services) пропагує індивідуальний підхід як важливий принцип лікування, ставить пацієнта та лікаря в центр під час здійснення планування, консультування та надання медичної допомоги [27].

Ефективне спілкування/комунікація лікаря та пацієнта є однією з основ якісного лікування, розглядається як важлива компетентність у сучасній медицині. Таке спілкування впливає на результативність втручання, формує довіру та допомагає уникнути помилок. На думку вчених, методи, орієнтовані на комунікацію лікаря та пацієнта, дозволяють встановити діагноз приблизно у 80% усіх медичних випадків лише на основі анамнезу. Поряд зі збором необхідних даних, важливим напрямом «медичного спілкування» є обговорення «складної інформації», повідомлення негативних новин. Ефективне спілкування не лише приводить до підвищення задоволення пацієнтів від процесу лікування, взаємодії з лікарем, але й також опосередковано може покращити результати втручання, прискорити одужання [9].

Актуальність проблеми зумовлює мету статті – за результатами теоретичного аналізу, аналізу міжнародної практики формування довірливих відносин у медицині розробити адаптований варіант моделі медичного інтерв'ю з урахуванням специфіки роботи лікаря-стоматолога та принципів комунікативної доступності для пацієнтів з порушенням слуху.

Використано методи теоретичного аналізу літературних джерел та результатів сучасних досліджень, представлених в електронних наукових виданнях, включених до наукометричних баз

даних PubMed, Index Copernicus, Ulrich's Periodicals, Google Scholar, Web of Science, Scopus, Medline та ін.; а також узагальнення знань та практичного досвіду, отриманих під час навчання на базі Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, опитування респондентів за допомогою Google forms.

У сучасних фахових джерелах зазначається, що ефективна взаємодія пацієнт-лікар, доброзичливе спілкування сприяють кращому сприйняттю медичної допомоги та більшій задоволеності пацієнта, що приводить до довгострокових відносин [36].

Член «Лондонського королівського товариства з розвитку знань про природу» («The Royal Society of London for the Improvement of Natural Knowledge») лікар Сер Вільям Ослер (Sir William Osler) відомий тим, що сказав: «Вислухайте свого пацієнта, він розповідає вам діагноз» («listen to your patient, he is telling you the diagnosis») [18]. Комунікативні навички лікаря допомагають при діагностуванні («покращують діагностичні здібності»): зменшення часу для встановлення діагнозу, можливість зосередитися на проблемі раніше; скорочення непотрібних дорогих і часто інвазивних тестів [35].

Важливий аспект у контексті проблеми – це підтримка довіри. Довіра – ключовий фактор у відносинах між постачальником та одержувачем послуг, особливої значущості він набуває в медичній сфері, налагодженні взаємодії лікаря та пацієнта. У минулому відносинам лікар-пацієнт не приділялась особлива увага, зокрема з боку осіб, які приймають рішення у сфері охорони здоров'я, не визнавалась важливість цієї проблеми [15]. Однак сьогодні медичні служби та лікарі сприймають та називають відносини на основі довіри «стратегічним маркетинговим інструментом». У такому контексті виділяють три основні причини. По-перше, на сучасному етапі фінансовий успіх лікарів залежить від неперервного/системного ведення бізнесу та переспрямування пацієнтів, що призводить до певної конкуренції подібно до інших галузей сфери послуг [33]. По-друге, пацієнти розглядають медичні послуги як «сервіс довіри», ступінь якої важко оцінити об'єктивно; довіра виступає як важливий чинник побудови міцних відносин [12]. По-третє, дослідження у сфері медицини доводять, що ефективна взаємодія між лікарем і пацієнтом збільшує успіх надання медичної послуги [10, 15].

Сьогодні довіра розглядається як основа («будівельний матеріал») у медицині. Вона формується через постійну взаємодію, систематичні

контакти, у процесі яких пацієнт і його сім'я спостерігають за лікарем, вирішують, чи відповідає він їхнім очікуванням (серед значущих якостей, які є найбільш важливими для пацієнтів, на перших позиціях: послідовність, компетентність/професійність, чесність, відповідальність, а також доброзичливість, порядність). Довіра має вирішальне значення щодо готовності пацієнтів звертатися за допомогою, надавати конфіденційну інформацію, погоджуватися на лікування та виконувати рекомендації лікарів [28].

Необхідно підкреслити, що особливого значення набуває проблема взаємодії/комунікації лікаря та пацієнта в *стоматології*. Дослідження свідчать, що стоматологічна допомога посідає перше місце за негативним сприйняттям процесу лікування. По суті йдеться про так звану «стоматофобію» (страх стоматологічного лікування, хронічне психоемоційне напруження перед втручанням). Хороші стосунки між лікарем і пацієнтом сприяють зниженню рівня тривожності, формують довіру пацієнта до лікаря, підвищують рівень задоволення медичними послугами та, як наслідок, забезпечують стоматологічне здоров'я пацієнтів, що є вкрай актуальним у нашій країні зокрема. Щоб побудувати та підтримувати такі відносини, стоматолог повинен володіти хорошими комунікативними навичками, демонструвати емпатичне ставлення, доброзичливість, сприйняття [30].

Для ефективного контакту між лікарем-стоматологом та пацієнтом важлива не лише вербальна комунікація, а й використання *невербальних засобів* (невербальної комунікації), які в багатьох випадках краще демонструють стан пацієнта. Невербальні сигнали зазвичай застосовуються несвідомо, відтак є незамінними в трактуванні «інформаційного повідомлення». Лікарі-стоматологи мають практикувати уважне спостереження за пацієнтами, бути чутливими до невербальних засобів комунікації, вміти розшифровувати такі знаки [1].

Невербальні компоненти комунікаційного процесу можна розподілити так: положення тіла; зоровий контакт (погляди); жести та легкі кивки голови; міміка; фізична дистанція (приміром, під час комунікації з пацієнтом лікарю важливо не знаходитися занадто близько до пацієнта, а також не сидіти занадто далеко, наприклад, на іншому кінці великого столу (дослідження свідчать, що усунення перешкод, таких як стіл, під час обговорення можливого лікування позитивно впливає на консультацію [31])). Фахівці зазначають, що використання невербальних знаків/підказок, зокрема зоровий контакт, відповідні жести

(приміром, привітання, рукоштовнання) тощо покращують міжособистісні взаємини між лікарем-стоматологом та його пацієнтом [40].

У контексті налагодження довірливих відносин та ефективної комунікації важливу роль відіграють *соціальні навички (soft skills)* лікаря. Сьогодні формуванню *soft skills* приділяється особлива увага, можливість набуття таких навичок є важливим критерієм оцінювання навчальних програм на всіх рівнях освіти (від дошкільної до вищої). Відповідно до сучасного визначення *soft skills* (м'які/гнучкі навички) – комплекс неспеціалізованих, надпрофесійних навичок, які відповідають за успішну участь у робочому процесі, високу продуктивність і, на відміну від спеціалізованих навичок, не пов'язані з конкретною сферою. У психологічних працях сутність поняття розуміють як сукупність продуктивних рис особистості, що характеризують відносини в соціальному середовищі. Ці навички можуть включати здатність до соціалізації, комунікативні здібності, мовні навички, особисті звички, емоційний інтелект, співпереживання, вміння планувати час, командні здібності та лідерські якості [14].

У літературних джерелах розглядають різні види «універсальних навичок», зокрема фахівці Університету Східного Кентуккі (Eastern Kentucky University) виділяють 10 найголовніших: комунікабельність (здатність до усного та письмового спілкування, навички уважного слухання тощо); доброзичливість (манери, етикет, зокрема діловий, ввічливість); гнучкість (адаптивність, готовність змінюватися, «навчання протягом життя», здатність приймати нове); цілісність (чесність, етичність, моральність, цінності, система особистісних пріоритетів); міжособистісні навички (приємність, почуття гумору, дружність, вихованість, співпереживання, самоконтроль, терпимість, соціальні навички); позитивне ставлення (оптимістичність, захопленість, впевненість); професіоналізм (людина ділова, добре вдягнена, має відповідний зовнішній вигляд, готова виконувати професійні обов'язки); відповідальність (надійність, винахідливість, дисциплінованість; прагнення виконувати завдання добре, сумлінно; здоровий глузд); командна робота (вміння співпрацювати, розподіляти обов'язки, працювати на спільний результат); робоча етика (працьовитість, готовність працювати; лояльність, ініціативність, вмотивованість, дисциплінованість) [14].

Зважаючи на розглянуті позиції, у сучасних умовах лікарю-стоматологу важливо використовувати *soft skills* у межах надання медичної

допомоги своїм пацієнтам, зокрема на етапі консультування, обговорення плану лікування, здійснення комунікації загалом.

Водночас сьогодні актуалізується проблема надання якісної стоматологічної допомоги пацієнтам з інвалідністю, серед яких значний відсоток становлять люди з порушеннями слуху. Відповідно до статті 25 Конвенції Організації Об'єднаних Націй «Про права людей з інвалідністю» особи з інвалідністю мають права на той самий діапазон, якість та стандарт безкоштовної або доступної медичної допомоги та програм, які надаються й іншим людям [4]. У межах дослідження питань взаємодії та комунікації варто зазначити, що жестомовні пацієнти (особи з порушеннями слуху, для яких основним або одним з основних засобом комунікації є національна жестова мова) часто мають серйозні проблеми з отриманням медичних послуг, зокрема стоматологічної допомоги, через те, що система охорони здоров'я не забезпечує їх особливі комунікативні потреби. Відсутність у медичних працівників знань щодо культури глухих людей та необхідних навичок для взаємодії з ними є основною причиною браку довіри, а відтак і проблем у спілкуванні, з якими стикаються пацієнти з порушеннями слуху у медичних установах. Фахівці зазначають, що «комунікаційні бар'єри та недостатня обізнаність медичних працівників з культурою глухих можуть погіршити якість та доступність медичної допомоги для пацієнтів з порушеннями слуху» [25].

Таким чином, потрібно знаходити нові механізми, ідеї, що гарантуватимуть дотримання права глухих людей на доступність медичних послуг, покращать надання їм стоматологічної допомоги. Передусім йдеться про забезпечення перекладача жестової мови, навчання медичних працівників основам культури глухих, жестової мови та особливостям спілкування, а також використання нових адаптованих стратегій, моделей, методів під час роботи з цією групою пацієнтів.

Актуальною в межах дослідження є «Калгарі-Кембриджська модель медичного інтерв'ю» (Calgary-Cambridge guide to the medical interview), розроблена J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper з метою визначення ефективних навичок спілкування між лікарем та пацієнтом та надання обґрунтованої структури для їх аналізу. Модель представлена в методичному посібнику, який перекладено багатьма мовами та застосовується в США, Канаді, Європейських країнах. Значна частина медичних шкіл Великобританії використовують Калгарі-Кембриджську модель в освітніх програмах з формування комунікативних навичок [13, 22].

Варто відзначити, що схожі концепції пропонували й інші дослідники. Так, наприклад, у 1983 році була опублікована схема V. Riccardi, S. Kurtz [29], у 1990 році методика за авторства J. Bird, S. Cohen-Cole [11]; слід згадати й рекомендації та пам'ятки P. Stillman, D. Sabers, D. Redfield, 1976 [32]; G. Feletti, D. Firman, R. Sanson-Fisher, 1986 [17]. Актуальність цієї моделі підкреслюється в низці публікацій, в яких представлено результати її апробації: D. Novack, C. Dubé, M Goldstein, 1992 [26]; A. Towle, W. Goldolphin, 1999 [34]; Van Dalen, P. Bartholomeus, E. Kerkhofs, R. Lulofs, Van Thiel et al., 2001 [37]; A. Edwards, G. Elwyn, 2001 [16].

Коротко охарактеризуємо «Калгарі-Кембриджську модель медичного інтерв'ю». Насамперед необхідно зазначити, що в ній виділено п'ять послідовних етапів та два наскрізних (спільних, загальних) завдання – *структурування консультації* (providing structure) та *налагодження відносин з пацієнтом* (building the relationship), які проходять через усі етапи і є важливими на кожному з них. Водночас на кожному з етапів є окремі специфічні завдання, які необхідно вирішити, застосовуючи прописані навички [7]. Зокрема, авторами моделі запропоновано 73 навички комунікації/спілкування, які власне визначають та певним чином конкретизують кожен з етапів моделі, спрямовані на досягнення загальних та специфічних завдань. Варто відзначити, що використання кожної навички передбачає варіативність, гнучкість, індивідуальний підхід; застосування цієї моделі не несе в собі ідею використання навичок «строго за списком».

Автори моделі виділяють два варіанти її структури: базову та розширену, які представлено на рисунках (рис.1, 2).

У процесі аналізу фахових публікацій з проблеми дослідження, представлених в електронних наукових виданнях наукометричних баз даних, нами не було знайдено трансформації зазначеної моделі, що враховувала б особливості роботи лікарів-стоматологів, натомість, на нашу думку, специфіка є суттєвою й зумовлює певні зміни, доповнення/уточнення саме для цієї групи лікарів. Відсутні також рекомендації щодо імплементації Калгарі-Кембриджської моделі під час роботи з пацієнтами, що мають ті чи інші особливі потреби.

З метою розв'язання зазначених вище питань нами запропоновано певні зміни/адаптації, які скорегують модель інтерв'ю для лікарів-стоматологів у контексті надання медичної допомоги пацієнтам з тяжким ступенем порушення слуху.

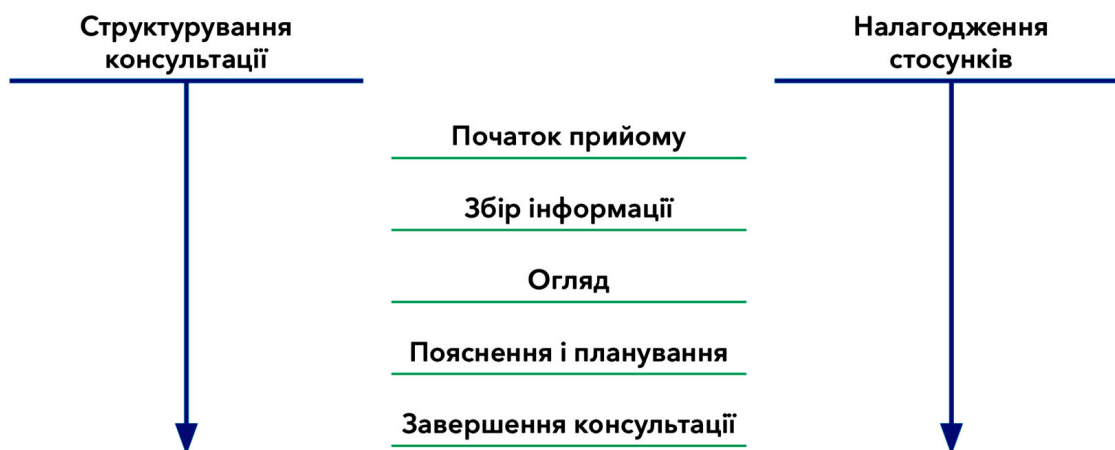


Рис. 1. Калгарі-Кембриджська модель медичного інтерв'ю (базова структура)

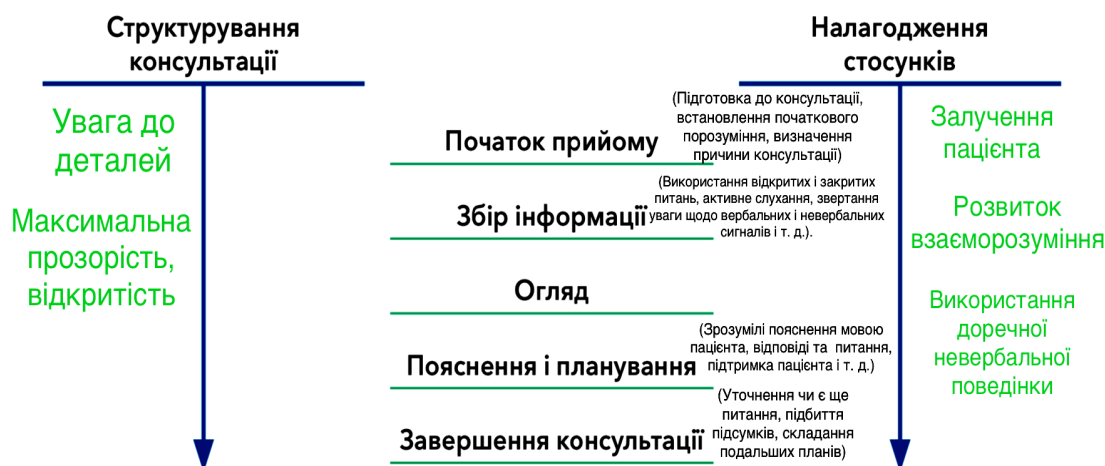


Рис. 2. Калгарі-Кембриджська модель медичного інтерв'ю (розширена структура)

Ураховано відповідність матеріалів основним принципам біоетики, що викладені в Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» Всесвітньої медичної асоціації (1964) [3], «Загальній декларації про біоетику та права людини» Генеральної конференції ЮНЕСКО (2005) [2]; у такому контексті актуальними також є положення Наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і типового положення про комісії з питань етики» № 690 від 23.09.2009 року [8] та ін.

Передусім, щодо загальних завдань, які, як йшлося вище, є наскрізними для кожного з етапів медичного інтерв'ю, вважаємо доцільним до «структурування консультації» та «налагодження

відносин з пацієнтом» додати «забезпечення універсального дизайну середовища» (використання допоміжних пристроїв та розумних пристосувань). Ідею універсального дизайну предметів та середовища вперше запропонував Р. Мейс [39], і сьогодні такий підхід поряд з інклюзивними принципами є особливо актуальним у всіх сферах суспільного життя й медицині зокрема.

У контексті дослідження варто зазначити, що в медичній галузі універсальний доступ до послуг узагальнено представлено в працях науковців та включає: *політичний* аспект, що передбачає прийняття рішень та узгодження їх державними установами різного рівня, визначення пріоритетів та програмне впорядкування послуг та засобів втручання; *економічні та соціальні* аспекти, які

охоплюють питання фінансування та пом'якшення чи усунення бар'єрів, з якими стикається користувач; *організаційні*, починаючи з моменту включення «користувача до сервісу» і до вирішення його проблеми зі здоров'ям; *технічно-наукову підготовку та культурну компетентність*, що реалізується шляхом комплексних дій та поваги до кожного пацієнта, розуміння його переконань, цінностей та традицій, зокрема пов'язаних зі здоров'ям та хворобами [38].

Урахування зазначеного завдання дозволить значно спростити комунікативний процес між лікарем-стоматологом та пацієнтом з особливими комунікативними потребами. Так, для жестомовних пацієнтів (з тяжким ступенем порушення слуху) серед допоміжних засобів та адаптацій розглядаємо як традиційні: залучення перекладача жестової мови в офлайн/онлайн-форматі; використання письмового мовлення (за допомогою паперу або гаджетів); так й інноваційні: застосування пам'ятки-алгоритму лікаря з жєстами, необхідними для комунікації під час стандартних стоматологічних маніпуляцій [5]; використання допоміжних технічних засобів (інтероральна камера тощо).

Щодо етапів медичного інтерв'ю пропонуємо врахувати особливості, що є важливими при наданні допомоги пацієнту з порушенням слуху, й перед етапом «початок консультації» визначити основні засоби комунікації, які будуть застосовані. Такий додатковий етап можна зазначити як «вибір пріоритетних засобів комунікації»; без цього підготовчого кроку консультація не може бути ефективною та результативною. Для зустрічі з пацієнтами, що мають інші особливі потреби,

підготовчий етап передбачатиме «вибір необхідних адаптацій/модифікацій».

Оскільки прийом лікаря-стоматолога в 95% випадків включає надання медичної допомоги безпосередньо одразу після етапу «пояснення та планування», на нашу думку, доцільно зробити медичне інтерв'ю більш практично орієнтованим, скорегувавши його етапи та додати «виконання необхідної маніпуляції з безперервною комунікацією з пацієнтом», «надання рекомендацій».

Зауважимо: здатність пацієнта правильно виконувати рекомендації лікаря є однією з найважливіших складників успіху лікування. Водночас пацієнт має розуміти, що ефективність лікування залежить також і від його зусиль, дисциплінованості, свідомого виконання настанов. У такому контексті (чи готовий пацієнт до співробітництва з лікарем-стоматологом; чи може він виконувати всі рекомендації) маємо враховувати три важливі фактори: бажання та мотивація; потреба в підтримуючих маніпуляціях; фізичні можливості пацієнта. Відтак, як зазначає М. Коен у роботі «Міждисциплінарне планування стоматологічного лікування. Принципи, цілі, практичне застосування. Ілюстровані лекції», передостанній етап «надання рекомендацій» є рівноцінно значущим та необхідним [6].

Таким чином, модель адаптовано до використання під час прийому пацієнтів лікарем-стоматологом, зокрема й тих, що мають додаткові потреби щодо комунікації (можемо визначити як модель медичного інтерв'ю для надання стоматологічної допомоги особам з тяжким ступенем порушення слуху). Адаптований варіант моделі представлено на рисунку 3 (додані пункти виділено синім кольором).

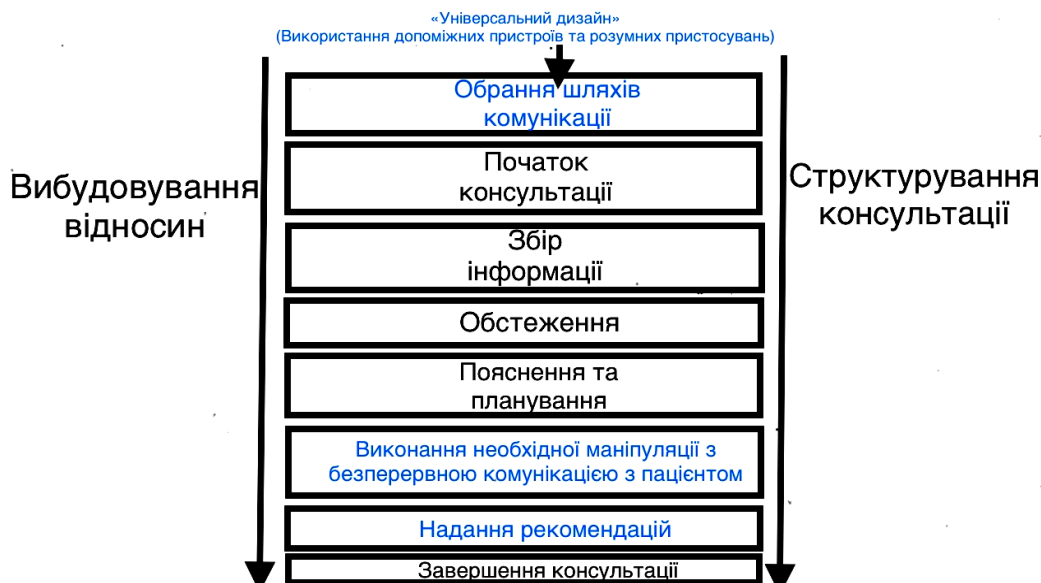


Рис. 3. Калгарі-Кембриджська модель медичного інтерв'ю (адаптований варіант для пацієнтів з порушеннями слуху)

Важливим етапом роботи стало проведення апробації запропонованої нами моделі шляхом опитування лікарів-стоматологів, які володіють українською або англійською мовою (за допомогою google forms, поширеною в соціальних мережах Facebook, Instagram, Telegram; форма була доступною в будь-якій країні світу).

Відповідно до організації дослідження, для ознайомлення було надано оригінальну «Калгарі-Кембриджську модель медичного інтерв'ю», нашу адаптовану модель, лист з поясненням методології трансформації. Форма та результати опитування у відсоткових значеннях представлено на рисунках (рис. 4, 5).

Модифікація Калгарі-Кембриджської моделі для лікарів-стоматологів, які надають допомогу пацієнтам з важким ступенем порушення слуху

* перед відповіддю ознайомтесь з наданими додатками

Зважаючи на свій клінічний досвід, чи вважаєте Ви запропоновану модифікацію Калгарі-кембриджської моделі вдалою? Чи будете імплементувати її у своїй практичній діяльності?

–Універсальний дизайн–
(Використання допоміжних пристроїв та розумних пристосувань)

Вибудовування відносин

Обрання шляхів комунікації

Початок консультації

Збір інформації

Обстеження

Пояснення та планування

Виконання необхідної маніпуляції з безперервною комунікацією з пацієнтом

Надання рекомендацій

Завершення консультації

Структурування консультації

Так. Буду використовувати.

Модифікація потребує уточнень, буду використовувати частково.

Ні. Використовувати не буду.

Отправить

✎ Отправить запрос

Рис. 4. Google forms щодо актуальності використання адаптованої моделі медичного інтерв'ю для лікарів-стоматологів, які надають допомогу пацієнтам з порушеннями слуху

Отже, за результатами аналізу відповідей респондентів можливо констатувати, що більша частина лікарів-стоматологів різного профілю/спеціальності (64,7%) підтримала запропоновану нами модифікацію моделі та буде використовувати її під час надання стоматологічної допомоги, зокрема пацієнтам з тяжким ступенем порушення слуху; 21,6% лікарів зазначили, що частково погоджуються з нашим варіантом медичного інтерв'ю, на їхню думку, можливі уточнення щодо покращення цієї моделі; лише 13,8% – не підтримали ідею та наш варіант моделі.

Таким чином, можемо узагальнити, що переважна більшість лікарів підтвердили, що проектування та застосування структурованої моделі медичного інтерв'ю є однією з умов вирішення задач налагодження успішної комунікації лікаря-стоматолога та пацієнта, дотримання принципів доступності та безбар'єрності в стоматології, ефективного лікування загалом. Це свідчить про актуальність, своєчасність цієї модифікації та її практичну цінність у поєднанні з теоретичними основами ведення стоматологічного прийому.



Рис. 5. Результати опитування лікарів-стоматологів за допомогою Google forms

На основі описаних сучасних підходів до побудови довірливих відносин у медичній практиці, з урахуванням адаптованого варіанту моделі інтерв'ю можна визначити ключові складові/компоненти роботи з пацієнтами з особливими потребами (з тяжким ступенем порушення слуху) у стоматології (рис. 6). Провідними в

контексті нашого дослідження є принцип доступності («універсального дизайну»), який дає змогу досягти рівного доступу, безбар'єрності в наданні стоматологічних послуг, а також ефективна взаємодія, партнерство персоналу медичних інституцій та пацієнтів як базис успішного лікування та тривалої співпраці.

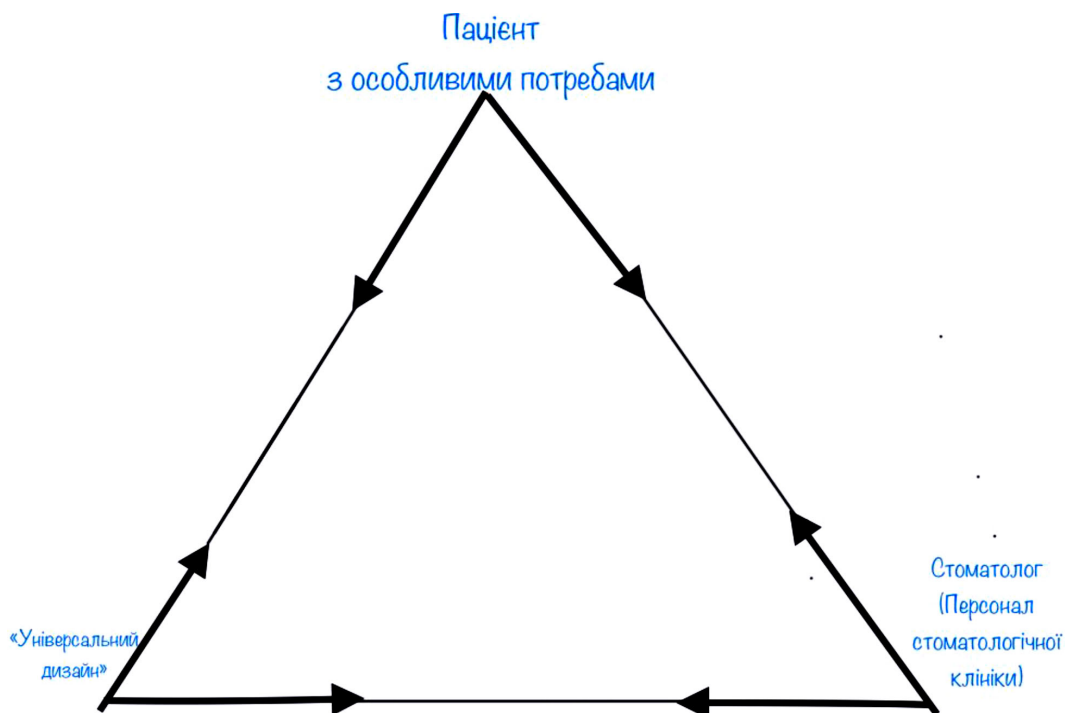


Рис. 6. Ключові складові/компоненти доступної стоматологічної допомоги

Розглядаючи модель медичного інтерв'ю, адаптованого для стоматологічного прийому пацієнтів з особливими потребами (з тяжким ступенем порушення слуху), серед допоміжних засобів та розумних пристосувань доцільно зазначити передусім такі:

- у сучасній стоматології важливою частиною клінічної діяльності лікаря-стоматолога є використання *інтероральної камери*, яка інтегрована в матеріальне забезпечення/оснащення кабінету. За її допомогою лікар може наочно продемонструвати пацієнту стан його ротової

порожнини. У контексті універсального дизайну можемо розглядати використання інтероальної камери як допоміжного пристрою, що значно полегшить надання стоматологічної допомоги пацієнтам з порушеннями слуху;

- сьогодні існує багато *інформаційних брошур, мультимедійних презентацій, коротких відео-фільмів*, котрі значно спрощують комунікацію з пацієнтами, зокрема такими, що мають особливі потреби. Візуальні роз'яснювальні матеріали на будь-якому носії допоможуть у пошуку спільного рішення. Наприклад, оптимальним варіантом може стати презентація моделей зі зразками реставрацій, альбомів з ілюстраціями (імплантати, абатменти з діоксиду цирконію чи (як альтернатива) мостоподібні конструкції). Пацієнти, котрі самі оглянуть демонстраційні моделі, зможуть краще зрозуміти ті рішення, які пропонує лікар-стоматолог.

Важлива умова: після демонстрації зазначених допоміжних інформаційних засобів лікар надає детальне пояснення пацієнтові, акцентуючи саме на індивідуальних показаннях, відповідає на запитання, що виникають, і допомагає дійти спільного рішення в конкретній клінічній ситуації. Фахівці підкреслюють: «розмова лікаря та пацієнта посідає центральне місце в комунікації; натомість розмова не має бути «одностороння», лікар має прагнути до діалогу, у якому пацієнт бере активну участь» [31].

Зокрема лікар-стоматолог має надати інформацію про послідовність та обсяг як клінічних, так і зуботехнічних заходів, необхідних для реалізації індивідуальної програми втручання (приміром «індивідуальної якісної реставрації з довгим строком користування») з урахуванням особливих потреб пацієнта (порушення слуху тощо); доцільно забезпечити пацієнтові достатньо часу для обміркування шляхів лікування, запропонованих стоматологом. Під час прийому важливо створити спокійну доброзичливу атмосферу, «дружнє середовище» (враховувати побажання, уникати зайвої сторонньої участі, залучати пацієнта до активного діалогу тощо). Водночас важливо наголосити на ризиках, які можуть виникнути за відсутності необхідного лікування, та вірогідних ускладнень під час лікування або після [31].

Отже, чітке пояснення переваг та недоліків варіантів лікування за можливості із використанням таких засобів, як фотографії, моделі тощо, дозволить пацієнтові краще зрозуміти план лікування, активно висловлювати свої пропозиції, сприятиме формуванню довірливих відносин із лікарем. Важливо враховувати очікування пацієнта від лікування та за необхідності скоригувати їх. Відповідно до

сучасних стандартів у медицині: пацієнт має право бути повністю й адекватно поінформованим, а також брати участь у прийнятті рішень щодо лікування; пацієнт посідає центральне місце в процесі лікування, мають бути враховані його побажання та пріоритети («у межах прийнятого лікування»); лікар має надавати стоматологічну допомогу без дискримінації та упереджень [31].

ВИСНОВКИ

1. На основі теоретичного аналізу визначено, що сьогодні на особливу увагу заслуговують питання формування довірливих відносин у медицині, надання якісних стоматологічних послуг пацієнтам з особливими потребами, серед яких значний відсоток людей з порушеннями слуху, що зумовлюють специфічні труднощі в комунікації.

2. Встановлено, що загальні та специфічні заходи з дотримання принципів «універсального дизайну» та застосування необхідних адаптацій середовища мають вирішальне значення для мінімізації існуючих комунікативних бар'єрів (забезпечення перекладача жестової мови, навчання медичних працівників основам культуру глухих, жестової мови та особливостям спілкування, використання нових адаптованих стратегій, моделей, методів під час роботи з цією групою пацієнтів).

3. На основі аналізу фахової літератури та вивчення міжнародної практики розроблено адаптований варіант моделі медичного інтерв'ю з урахуванням специфіки роботи лікаря-стоматолога та принципів комунікативної доступності для пацієнтів з порушенням слуху (до загальних завдань включено «забезпечення універсального дизайну середовища»; перед етапом «початок консультації» запропоновано додатковий «вибір пріоритетних засобів комунікації/ необхідних адаптацій» та ін.). За результатами апробації більша частина лікарів-стоматологів різного профілю (64,7%) підтримала запропоновану модифікацію моделі та буде використовувати її під час надання стоматологічної допомоги, зокрема пацієнтам з тяжким ступенем порушення слуху.

4. Стаття не висвітлює розглянуті питання повною мірою, представляє найбільш актуальні її аспекти. Надзвичайно важливим є подальше вивчення міжнародної практики, досвіду країн, які мають успіхи щодо проектування в стоматологічній практиці середовища, орієнтованого на потреби кожного пацієнта, з огляду на результати міждисциплінарних досліджень медичної та спеціальної психології, соціології та стоматології.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Bronikova S. [Practices of communicative culture in a medical institution: patient-centered approach: textbook]; 2020. Ukrainian. Available from: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/21027>
2. [Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of the General Conference of UNESCO: adopted by the resolution of the General Conference of UNESCO on the report of Commission III at the 18th plenary meeting of 19 October 2005]. Russian. Available from: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
3. [Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects: The World Medical Association; Declaration, International document of June 1, 1964] [Internet]. Kyiv; 2008 Oct 1. Ukrainian. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text
4. [Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Pub. L. No. 1767-VI]. (Dec 16, 2009). Ukrainian. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
5. Lytovchenko VP, Lytovchenko SV. [Availability of dental services for people with hearing impairments: communication between doctor and patient]. *Ukrainskyi naukovo-medychnyi molodizhnyi zhurnal*. 2021;125(3):52-63. Ukrainian. doi: [https://doi.org/10.32345/USMYJ.3\(125\).2021.52-63](https://doi.org/10.32345/USMYJ.3(125).2021.52-63)
6. Cohen M. [Interdisciplinary planning of dental treatment. Principles, goals, practical application. Illustrated lectures]. Moskva: Azbuka; 2012. Russian. Available from: https://www.dental-azbuka.ru/books/raznoe/kniga_120.html
7. Bottaev NA, Diachenko EV, Samoilenko NV, et al. [Skills of effective communication for rendering patient-oriented medical care: scientific and methodical edition]. Moskva: ROSOMED; 2018. Russian. Available from: <https://rosomed.ru/system/documents/files/000/000/102/original/>
8. [On approval of the Procedure for conducting clinical trials of medicinal products and examination of clinical trial materials and standard regulations on ethics commissions: Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 690]. (Sep 23, 2009). Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09#Text>
9. Becker C, Hunziker S. [The importance of communication between physicians and patients]. *Ther Umsch*. 2019;76(5):231-238. Deutsch. PMID: 31577188. doi: <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001095>
10. Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Isr J Health Policy Res*. 2020 Jun 30;9(1):33. PMID: 32605635. PMID: PMC7325021. doi: <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00375-4>
11. Bird J, Cohen-Cole SA. The three-function model of the medical interview. An educational device. *Adv Psychosom Med*. 1990;20:65-88. PMID: 2239506. doi: <https://doi.org/10.1159/000418260>
12. Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barker AM, Lavela SL, Hill JN, et al. How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Serv Res*. 2018 Mar 7;18(1):168. PMID: 29514631; PMID: PMC5842617. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>
13. Burt J, Abel G, Elmore N, Campbell J, Roland M, Benson J, Silverman J. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ Open*. 2014 Mar 6;4(3):e004339. PMID: 24604483; PMID: PMC3948635. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004339>
14. Dalaya M, Ishaquddin S, Ghadage M, Hatte G. An interesting review on soft skills and dental practice. *J Clin Diagn Res*. 2015 Mar;9(3):ZE19-21. PMID: 25954720; PMID: PMC4413170. doi: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12725.5719>
15. DeCamp M, Dukhanin V, Hebert LC, Himmelfrich S, Feeser S, Berkowitz SA. Patients' Views About Patient Engagement and Representation in Healthcare Governance. *J Healthc Manag*. 2019 Sep-Oct;64(5):332-46. PMID: 31498210; PMID: PMC6865800. doi: <https://doi.org/10.1097/JHM-D-18-00152>
16. Edwards A, Elwyn G. Understanding risk and lessons for clinical risk communication about treatment preferences. *Qual Health Care*. 2001 Sep;10(Suppl 1):i9-13. PMID: 11533431; PMID: PMC1765742. doi: <https://doi.org/10.1136/qhc.0100009>
17. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med*. 1986 Aug;9(4):389-99. PMID: 3746905. doi: <https://doi.org/10.1007/BF00845122>
18. Hashiyama DT, Mori N. Osler's nodes: dialogue with Sir William Osler. *QJM*. 2021 Nov 13;114(9):667-68. doi: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab139>
19. Hofhansl A, Horn W, Kainberger F, Zlabinger G, Rieder A. ["To be a good doctor": how are medical students prepared for the future]. *Wien Med Wochenschr*. 2015 Mar;165(5-6):83-5. PMID: 25786601. Deutsch. doi: <https://doi.org/10.1007/s10354-015-0349-6>
20. Krot K, Rudawska I. The Role of Trust in Doctor-Patient Relationship: Qualitative Evaluation of Online Feedback from Polish Patients. *Econom. & Sociology*. 2016;9(3):76-88. doi: <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2016/9-3/7>
21. Krzikallová K, Střílková R. Labour-intensive services and changes in value added tax revenue. *Journal of Competitiveness*. 2016 Mar;8(1):5-18. doi: <https://doi.org/10.7441/joc.2016.01.01>
22. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003 Aug;78(8):802-9. PMID: 12915371. doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011>

23. Łakomy-Zinowik M, Horváthová Z. Public-private partnerships as a way of financing in the healthcare system (based on the examples of Poland and the United Kingdom). *Journal of International Studies*. 2016 Nov;9(3):150-8. doi: <https://doi.org/10.14254/2071-8330.2016/9-3/12>
24. Machan TR. Rights, values, regulation and health care: to be well is not a fundamental right but a value. *American Journal of Medical Research*. 2016;3(2):115-125. doi: <https://doi.org/10.22381/AJMR3220165>
25. Naseribooriabadi T, Sadoughi F, Sheikhtaheri A. Barriers and Facilitators of Health Literacy among D/deaf Individuals: A Review Article. *Iran J Public Health*. 2017 Nov;46(11):1465-74. PMID: 29167764; PMCID: PMC5696685. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29167764/>
26. Novack DH, Dubé C, Goldstein MG. Teaching medical interviewing. A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. *Arch Intern Med*. 1992 Sep;152(9):1814-20. PMID: 1520048. doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.152.9.1814>
27. Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Jun 17. PMID: 34260162. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34260162/>
28. Peters L, Pressey A, Gilchrist AJP, Johnson W. Involving customers in innovation: knowledgeability and agency as process variables. *Journal of Business and Industrial Marketing*. 2018 Mar 5;33(2):164-73. doi: <https://doi.org/10.1108/JBIM-04-2016-0083>
29. Riccardi V, Kurtz S. *Communication and counseling in health care*. Springfield: C.C. Thomas; 1983. Available from: <https://ur.booksc.eu/book/320139/798c7a>
30. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 3rd ed. CRC Press; 2013. Available from: <https://www.routledge.com/Skills-for-Communicating-with-Patients/Silverman-Kurtz-Draper/p/book/9781846193651>
31. Smith AJE. [Series: Communication in the dental practice. Building a good dentist-patient relationship with communication]. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2019 Jan;126(1):37-44. Deutsch. PMID: 30636264. doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.01.18212>
32. Stillman PL, Sabers DL, Redfield DL. The use of paraprofessionals to teach interviewing skills. *Pediatrics*. 1976 May;57(5):769-74. PMID: 940718. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.57.5.769>
33. Tosyalı H, Sütçü CS, Tosyalı F. Patient Loyalty in the Hospital Patient Relationship: The Mediating Role of Social Media. *Erciyes İletişim Dergisi*. 2019;6(1):783-804. doi: <https://doi.org/10.17680/erciyesiletisim.454347>
34. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):766-71. PMID: 10488010. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.766>
35. Ustrell-Torrent JM, Buxarras-Estrada MR, Ustrell-Torrent Riutord-Sbert P. Ethical relationship in the dentist-patient interaction. *J Clin Exp Dent*. 2021 Jan 1;13(1):e61-e66. PMID: 33425233. doi: <https://doi.org/10.4317/jced.57597>
36. Van Den Assem B, Dulewicz V. Doctors' trustworthiness, practice orientation, performance and patient satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015;28(1):82-95. PMID: 26308405. doi: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2013-0037>
37. Van Dalen J, Bartholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs R, Van Thiel J, Rethans JJ, Scherpbier AJ, Van Der Vleuten CP. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Med Teach*. 2001 May;23(3):245-51. PMID: 12098395. doi: <https://doi.org/10.1080/01421590120042991>
38. Watkins DA, Jamison DT, Mills T., Atun T., Danforth K, Glassman A, et al. Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, Nugent R, editors. *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov 27(Chapter 3). PMID: 30212154. doi: https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0527-1_ch3
39. Weeber JE. Ronald L Mace. *Encyclopedia Britannica* [Internet]; 2021 [cited 2001 Jan 01]. Available from: <https://www.britannica.com/biography/Ronald-L-Mace>
40. Zulman DM, Haverfield MC, Shaw JG, Brown-Johnson CG, Schwartz R, Tierney AA, et al. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *JAMA*. 2020 Jan 7;323(1):70-81. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.19003>

Стаття надійшла до редакції
01.11.2021

