

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
**КАТЕДРА “СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**



**Весела Георгиева Буркерт**

**ПРОУЧВАНЕ ЗНАЧИМОСТТА НА КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ**  
**В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА**

**ПРОЕКТ ЗА АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд  
за присъждане образователна и научна степен  
**„доктор”**

**Докторска програма:**

„Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

Професионално направление: Медицина

**Научни ръководители:**

Проф. д-р. Мария Стойкова, дм  
Проф. д-р Мария Семерджиева, дм

Пловдив

2020

Дисертационният труд съдържа 241 страници и е онагледен с 24 таблици, 46 фигури и 6 приложения.

Литературната справка съдържа 267 източници, от които 22 на кирилица и 245 на латиница.

Авторът работи като дентален лекар в индивидуална дентална практика в гр. Бон, Германия.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на разширен катедрен съвет на катедра “Социална медицина и обществено здраве” при Факултет по Обществено здраве на Медицински Университет - гр. Пловдив.

**Научно жури:**

проф. Биянка Любчова Торньова, дп  
проф. д-р Иван Атанасов Филипов, дм  
проф. д-р Коста Славов Костов, дм  
проф. д-р Юлияна Крумова Маринова, дм  
проф. д-р Лидия Георгиева Петкина - Катрова, дм

**Резервни членове:**

проф. д-р Румен Стефанов Стефанов, дм  
проф. д-р Анжелика Спасова Велкова, дмн

Публичната защита на дисертационния труд пред научното жури ще се състои на ..... от ....ч. в VIII Аудитория на Медицински университет – Пловдив, бул. “Васил Априлов” 15А, гр. Пловдив.

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

<b>СЪДЪРЖАНИЕ</b> .....	<b>3</b>
<b>ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ</b> .....	<b>4</b>
<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>5</b>
<b>ЦЕЛ И ЗАДАЧИ</b> .....	<b>6</b>
1. Цел на проучването.....	6
2. Задачи на проучването.....	6
<b>МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ</b> .....	<b>7</b>
<b>РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ</b> .....	<b>11</b>
1. Социо-демографска характеристика на изследвания контингент	11
2. Значение на разговора преди лечение .....	14
3. Влияние на семейната среда и образованието на пациента .....	17
4. Трудни пациенти.....	21
5. Източници на информация по темата комуникативни умения.....	31
6. Проучване мнението на респондентите за значимостта на обучение в комуникативни умения и комуникацията в отделните етапи от лечението.....	37
7. Самооценка на поведението и комуникативните способности....	41
8. Оценка мнението на студентите за изучаване на комуникативни умения с COMMUNICATION SKILLS ATTITUDE SCALE (CSAS) .....	43
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	<b>47</b>
<b>ИЗВОДИ</b> .....	<b>48</b>
<b>ПРЕПОРЪКИ</b> .....	<b>49</b>
<b>НАУЧНОПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ</b> .....	<b>49</b>
<b>ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД</b> .....	<b>50</b>

## **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**

CSAS	Communication Skills Attitude Scale (скала за отношение към комуникативни умения)
БЗС	Български Зъболекарски Съюз
IDZ	Института на немските лекари по дентална медицина
ЕС	Европейски съюз
ЗЗ	Закона за Здравето

## ВЪВЕДЕНИЕ

В последните години в денталната медицина се изследва връзката между дентален лекар и пациент. В основата на тези проучвания стои ролята на комуникацията и начините на провеждане на разговор в денталния кабинет.

Комуникацията е предмет на разглеждане от различни научни дисциплини (психология, социология, семиотика, философия) и представлява изпращане на послание от един човек и получаването му от друг човек. Тя е специфичен процес, присъщ на всяко човешко същество и притежава съответни характеристики като качество и ефективност.

В медицината основна роля за разбирането на информация за лечението има начинът, по който е поднесена информацията. В научната литература са познати множество подходи за обособяване и класифициране на видовете комуникация. Тя бива *формална* и *неформална*, *низходяща*, *възходяща* и *хоризонтална*. Според средствата, които се използват в комуникацията, тя се дели на *вербална* и *невербална*.

Въздействието на определено послание върху човека срещу нас се определя от 65% от невербалната комуникация и само 35% от вербалната.

Основна цел на комуникацията в медицината е постигането на мотивация. При мотивацията, свързана със собственото здраве или при мотивацията, чрез която се реализира определен модел на поведение в определена социална група, комуникацията трябва да има специални измерения. Тя следва да бъде концентрирана върху стратегически и ситуативни цели, при следването на които да се постигне максимално разбиране от страна на пациента, както за неговото моментно състояние, така и за възможностите на определени медицински интервенции. Този вид професионално общуване има своите особености. Актуалната литература показва, че добрата междуличностна комуникация между лекуващ и пациент води до по-добър терапевтичен резултат, по-голям комплайънс, по-голямо удовлетворение при лекар и пациент, по-малко грешки по време на лечение. И въпреки голямото изобилие на научна информация за значението на комуникацията в медицината, все още липсва обстойна такава за денталната практика. Това породило необходимостта от настоящия научен труд с цел проучване на мнението на българските дентални лекари, пациенти и студенти по дентална медицина, както и създаването на наръчник по комуникация за денталната практика.

## **ЦЕЛ И ЗАДАЧИ**

### **1. Цел на проучването**

Целта на настоящото изследване е да проучи значимостта на комуникацията за добрата денталната практика.

Основна хипотеза в настоящия научен труд е, че комуникацията оказва влияние за добрата денталната практика.

### **2. Задачи на проучването**

Постигането на целта е свързано с решаването на няколко основни задачи:

1. Превод, валидиране и апробиране на въпросници за оценка значението на комуникацията в денталната практика.
2. Проучване мнението на дентални лекари в България за значението на комуникацията в денталната практика.
3. Проучване мнението на студенти по дентална медицина в България за значението на комуникацията в денталната практика и оценка на нагласите им към обучението по комуникационни умения.
4. Проучване мнението на пациенти в България за значението на комуникацията в денталната практика.
5. Разработване на наръчник по обучение по комуникация в денталната практика.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

**1. Обект на наблюдение:** дентални лекари и студенти по дентална медицина, пациенти в денталната практика.

**2. Признаци на наблюдение на съответните единици:**

**Факториални:** възраст, пол, социална принадлежност, стаж, специалност, вид лечебно заведение за практикуване на професията, курс на обучение.

**Резултативни:**

- значение на разговора преди лечение;
- умения за водене на разговор;
- влияние на семейството и образованието върху взаимоотношенията лекар-пациент;
- проблеми при комуникация с различен тип пациенти;
- Communication Skills Attitude Scale (само във въпросника за студенти).

**3. Място на проучването**

Проучването на денталните лекари се проведе по време на XV-ти Юбилеен Международен Научен Конгрес на БЗС в Бургас в периода 11.06.2015 г. - 14.06.2015 г.

Проучването на студентите по дентална медицина се проведе във Факултета по дентална медицина към Медицински Университет - гр. Пловдив в периода 2015 г. – 2016 г.

Проучването на пациенти от различни дентални практики се проведе с помощта на електронен въпросник в периода 12.06.2019 г. – 12.07.2019 г.

**4. Методи**

**1. Социологически метод**

Проучването на мнението на респондентите се проведе с помощта на пряка анонимна анкета. Използвани бяха четири въпросника:

- Въпросник за изследване мнението на дентални лекари (Приложение 1);
- Въпросник за изследване мнението студенти по дентална медицина (Приложение 2);
- Communication Skills Attitude Scale - за студенти по дентална медицина (Приложение 3);
- Въпросник за оценка мнението на пациенти (Приложение 4).

Първите два въпросника за дентални лекари и студенти представляват адаптирани варианти на въпросници от аналогично изследване, проведено в Университета в Улм - Германия през 2011/2012 г. В настоящото проучване въпросниците са използвани с разрешението на проф. д-р Йорн фон Витерсхайм [116] (Приложение 5). В хода на обсъждането на резултатите е направена съпоставка между настоящото и немското проучване по някои от показателите.

## 2. Статистически методи

Събраната първична информация беше въведена и обработена със статистическия пакет SPSS Statistics 16.0, а графиките изготвени посредством Microsoft Office 2007.

Бяха приложени следните статистически методи:

➤ Дескриптивна статистика при количествено измерими величини. Резултатите са представени като средна аритметична стойност и стандартна грешка.

➤ За сравняване на  $(\bar{x} \pm S\bar{x})$  средни величини при нормално разпределени количествени показатели бе използван – и критерии.

➤ Алтернативен анализ бе приложен при обработката на качествени признаци като резултатът бе представен с относителен дял и стандартната грешка ( $S_p$ ).

➤ Непараметричен анализ – критерий на съгласие на Пирсън ( $\chi^2$  – хи-квадрат) при тестването на хипотези за статистически значима връзка между изследваните факториални и резултативни признаци; Kolmogorov – Smirnovtest – за тестване на формата на разпределение.

➤ Корелационен анализ по Spearman – за оценка силата на зависимостта между изследваните показатели.

➤ Вътрешната съгласуваност на въпросниците бе оценена чрез коефициента алфа на Кронбах (**Cronbach  $\alpha$** ). При оценка на надеждността използвахме *split-half-reliability model*, като бе изчислен Spearman-Brown coefficient и средната стойност на корелационните коефициенти между айтъмите (*inter-item correlation coefficient*).

➤ Графичен анализ – за онагледяване на процеси и явления и илюстриране на определени закономерности или зависимости бяха използвани възможностите на графичния анализ.

За уронен на значимост на нулевата хипотеза бе възприето  $P < 0,05$ .

## 5. Инструментариум

- **Въпросник за проучване мнението на дентални лекари**

Въпросникът се състои от 26 въпроса, разпределени в четири панела:

- Характеристика на контингента;
- Роля на комуникацията в денталната практика;
- Затруднения при общуването с пациенти;



- Необходимост от обучение по комуникационни умения.

Отговорите на въпросите включват:

- алтернативни отговори с “да” /”не”;
- петстепенната скала на Ликерт от “много важно” до “не е важно”;
- петстепенната скала на Ликерт от “вярно е” до “не е вярно”;
- тристепенната скала на Ликерт от “не са трудни” до “много трудни”.

Надеждността на въпросника бе установена чрез оценка на вътрешната консистентност и по метода тест-ретест. В тази връзка бяха изчислени коефициентите на Кронбах  $\alpha = 0.794$  и Спирман-Браунс  $\rho = 0.722$ . Техните високи стойности потвърждават надеждността на скалата. Вътрешната съгласуваност бе изследвана и чрез средната стойност на корелацията между отделните въпроси (mean inter-item correlations), чиято малка стойност ( $r=0.287$ ) свидетелства за добра валидност на скалата.

- ***Въпросник за студенти по дентална медицина***

Въпросникът се състои от 18 въпроса, разпределени в пет панела:

- Характеристика на контингента;
- Роля на комуникацията в денталната практика;
- Затруднения при общуването с пациенти;
- Необходимост от обучение по комуникационни умения;
- Самооценка на комуникативните умения.

Отговорите на въпросите включват:

- алтернативни отговори с “да” /”не”;
- петстепенната скала на Ликерт от “много важно” до “не е важно”;
- петстепенната скала на Ликерт от “вярно е” до “не е вярно”;
- тристепенната скала на Ликерт от “не са трудни” до “много трудни”.

Критерий за добра надеждност на въпросника е липсата на значима разлика в отговорите на анкетираните при провеждането на двукратно попълване на въпросника (test-retest). За целта бе проведено пилотно проучване върху 30 студенти, които след подробно разясняване на целта на изследването, попълниха въпросника. В рамките на един месец бе направено повторно анкетиране на същите студенти, за да се тества надеждността на скалата и нейната стабилност. Установиха се високи стойности на корелация между резултатите от двете проучвания по всички въпроси (0,87-0,98).

- ***Communication Skills Attitude Scale***

При студентите бе включен и стандартизирания въпросник Communication Skills Attitude Scale (CSAS). Това е английска анкетна карта, разработена от факултета по психиатрия към университета в Нотингам,

Великобритания. Публикувана е за пръв път в списанието *Medical education* през февруари 2002 г. [115]. Във въпросника са включени 26 изявления – 13 от тях написани в положителна форма и 13 с негативна настройка спрямо изучаването на комуникативни умения. Позитивно заредените твърдения спрямо изучаването на комуникация са с номер 4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21, 22, 23, 25, а негативно заредените са с номер 1, 2, 3, 6, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 24, 26. Предполага се, че позитивно заредените изявления показват положителното отношение на студентите спрямо комуникативните умения. Те от своя страна могат да се разделят в 3 подгрупи:

- 1) студентите вярват, че изучаването на комуникативни умения може да подобри междуличностните отношения спрямо колеги и пациенти;
- 2) студентите вярват, че изучаването на комуникативни умения е интересно;
- 3) студентите вярват, че изучаването на комуникативни умения е важно в медицински контекст, в съответствие с препоръките на *General Medical Council*, Лондон.

Останалите 13 изявления се предполага, че показват негативното отношение на студентите към изучаването на комуникативни умения. Те се разделят на 4 подгрупи:

- 1) невъзможност комуникативните умения да се приемат като научна дисциплина;
- 2) нежелание на студентите да изучават комуникативни умения;
- 3) нежелание студентите да приемат предмета “Комуникативни умения” като сериозен такъв;
- 4) негативно отношение на студентите към оценяването на комуникативните умения.

Отговорите на въпросите са степенувани по петстепената скала на Ликерт от “изобщо не е вярно” до “абсолютно вярно е”. Средните стойности са изчислени и сравнени. CSAS се е превърнал в широкоизползван, валидиран инструмент за оценка на отношението на студентите спрямо изучаването на комуникативни умения.

Използваният от нас CSAS въпросник е български превод на немския въпросник, адаптиран за студенти по дентална медицина.

- ***Въпросник за оценка мнението на пациенти***

За целта на проучването е разработен въпросник за оценка мнението на пациенти. Той е базиран на анкетата на денталните лекари с цел възможност за съпоставка на отговорите.

Въпросникът се състои от 13 въпроса, разпределени в три панела:

- Характеристика на контингента;
- Роля на комуникацията в денталната практика;
- Затруднения при общуването на денталните лекари с пациента.

Отговорите на въпросите включват:

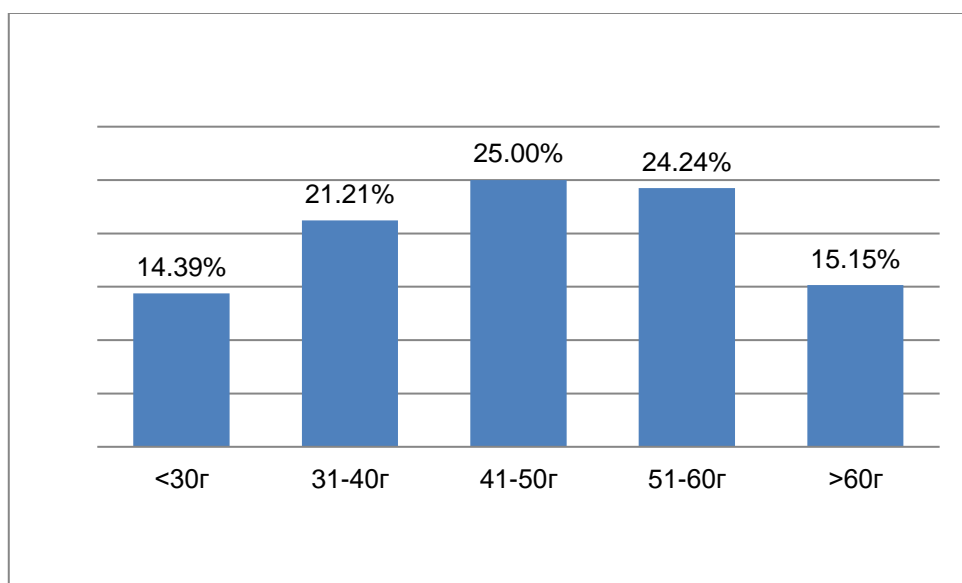
- алтернативни отговори с “да” /”не”;
- петстепенната скала на Ликерт от “много важно” до “не е важно”.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### 1. Социо-демографска характеристика на изследвания контингент

От разпитаните 132 дентални лекари 74 са жени (56,06%±4,32) и 58 (43,93%±4,32) мъже (p=0,01).

Почти еднакъв е делът на участващите в извадката дентални лекари във възрастовите групи: 31-40 годишни (n=28; 21,21%±3,56); 41-50 годишни (n=33; 25,00%±3,77) и групата на 51-60 годишните (n=32; 24,24%±3,73). С най-малък брой са денталните лекари под 30 годишна възраст (n=19; 14,39%±3,06) (фиг.1).



**Фиг. 1.** Възрастово разпределение на денталните лекари в България

Студентите, включени в изследването, бяха разделени в 2 групи: 136 студенти от 2-ри курс преди обучение в комуникативни умения - 104 жени (76,47%±3,64) и 32 (23,53%±3,64) мъже; след обучение по комуникация - 138 студенти от 3-ти и 5-ти курс - 102 (73,91%±3,74) жени и 36 (26,09%±3,74) мъже.

По отношение на пола резултатите показват съответствие със световните тенденции за феминизиране на професията при групата на денталните лекари и групата на студентите в България и Германия. При българските студенти близо 80% от анкетираните са жени. Според статистика на IDZ 60% от завършилите дентална медицина през 2007 г. в Германия са жени, като делът им расте и се очаква да достигне 70% през 2030г. Това не е локално явление, а се наблюдава и в други големи държави като Великобритания, Канада и Америка. Причините за нарастващия брой жени в професията може да се обяснят с възможността за по-добро разпределение на работното време, но едновременно с това и възможност за успешно развиване на собствена индивидуална практика.

От друга страна денталната медицина е професия, която изисква много контакти с хора, чувство на емпатия, търпение, което е характерно за жените.

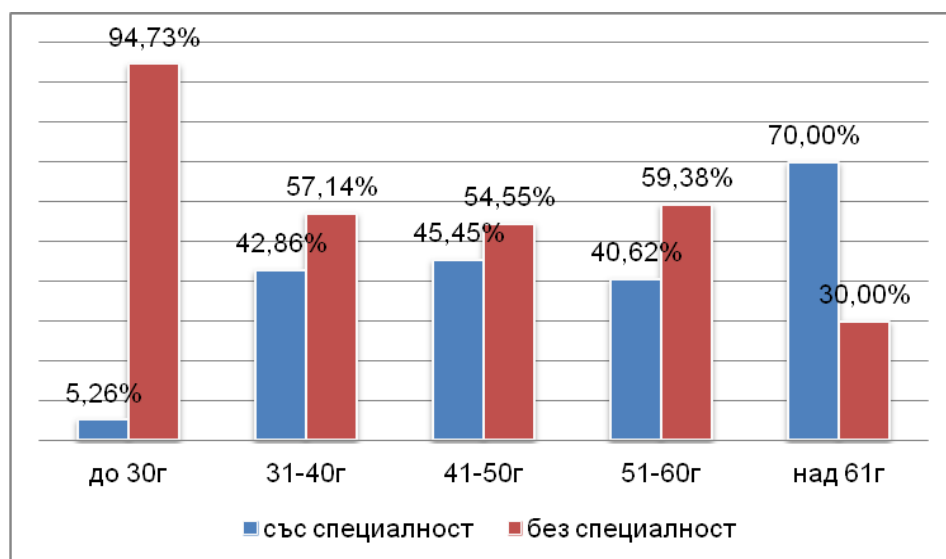
Този така наречен „gender shift“ носи със себе си и необходимост от промяна на условията за практикуване на дентална медицина, предлагайки по-голяма възможност напр. за работа на непълнен работен ден, по-лесно създаване на групови практики, по-добро осигуряване на жените дентални лекари по време на бременност и майчинство. Цел е постигането на добър баланс между работа и живот.

При направения статистически анализ се установи зависимост между пола на денталните лекари и наличието на специалност, като при жените относителният дял на тези със специалност е по-висок от този на мъжете -  $51,35\% \pm 5,81$  ( $p < 0,05$ ) (Табл. 1). Това говори за по-голяма готовност за допълнително обучение при нежния пол.

**Табл. 1.** *Разпределение на контингента по пол и специалност*

Пол	Наличие на специалност					
	Има специалност		Няма специалност		Общо	
	n	p%±Sp	n	p%±Sp	n	p%
жени	38	51,35%±5,81	36	48,64%±5,81	74	100
мъже	17	29,31%±5,98	41	70,69%±5,98	58	100
Всичко	55	41,67%±4,29	77	58,33%±4,29	132	100

Анализът показва, че има зависимост между възрастта на анкетираните дентални лекари и наличието на специалност. В групата на до 30 години само  $5,26\% \pm 5,12$  ( $n=1$ ) имат специалност, в останалите възрастови групи около 50% от анкетираните имат специалност. Изключение прави само групата на над 61-годишните, там дялът им е  $70,00\% \pm 10,25$  ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 17,19$ ) (фиг. 2). Това вероятно се дължи на постоянните промени в наредбите и условията за придобиване на специалност след 1989 г. Като друга причина може да се изтъкне фактът, че медиците специализират на място в болничното отделение, докато денталният лекар трябва да затвори практиката си, за да специализира.



**Фиг. 2.** Зависимост между възраст и придобита специалност

Зависимостта между възрастта и лечебното заведение, в което анкетираните практикуват, е също интересен факт ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 32,09$ ). След 30-та си година по-голям дял от денталните лекари в България упражняват професията си в собствена амбулатория за индивидуална практика ( $75,00\% \pm 3,77$ ;  $n = 99$ ) и  $85,45\% \pm 4,75$  от тях имат специалност. Резултатите показват, че най-много дентални лекари със специалност практикуват в собствена амбулатория ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 7,89$ ) (Табл. 2).

При проведеното в Германия проучване липсват такива данни.

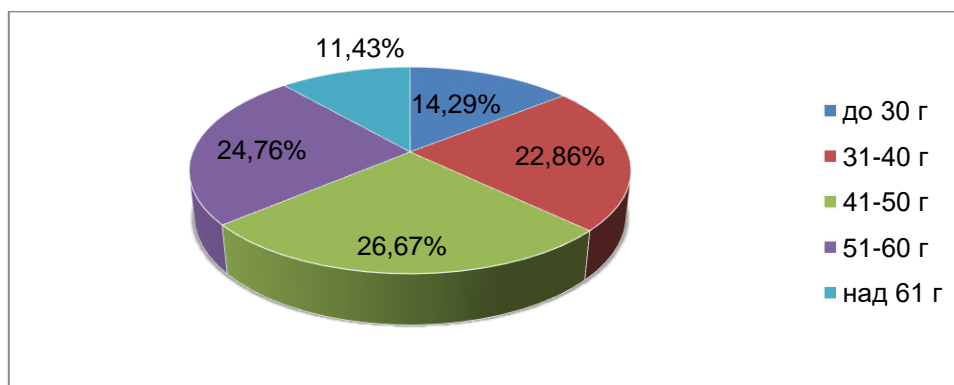
Европейска тенденция е денталните практики да се обединяват и окрупняват. Окрупняването на практиките създава по-добри възможности по отношение на оборудване и сътрудничество между работещите в практиката. В проведените изследвания се установи, че голяма част от денталните лекари ( $75,00\%$  в България и  $91,14\%$  в Германия), работят в собствена амбулатория за индивидуална практика, което ги отличава от горепосочената тенденция. Вероятно желанието на денталните лекари за осъществяване на собствените представи за добра и успешна дентална практика, както и избягването на конфликти, породени от различия в професионалния подход, са причината в България все още индивидуалната практика да бъде предпочитана.

**Табл. 2.** Разпределение на денталните лекари според заведението, в което практикуват и наличието на специалност

Лечебно заведение	Наличие на специалност					
	Има специалност		Няма специалност		Общо	
	n	p%±Sp	n	p%±Sp	n	p%±Sp
собствена амбулатория	47	85,45%±4,75	52	67,53%±5,34	99	75,00%±3,77
нает в амбулатория	1	1,82%±1,80	9	11,69%±3,66	10	7,58%±2,30
групова практика	4	7,27%±3,50	5	6,49%±2,81	9	6,81%±2,19
ДЦ	3	5,45%±3,06	11	14,20%±3,99	14	10,61%±2,68

От разпитаните 105 пациенти 62 са жени (56,05%±4,80) и 43 (40,95%±4,80) мъже. Големият относителен дял на отговорилите жени при пациентите вероятно е случайност. Повечето са на възраст между 31-60 г., което дава повод да се твърди, че дадените от тях отговори са добре осъзнати и достоверни, тъй като тези пациенти вече имат опит с дентални лекари.

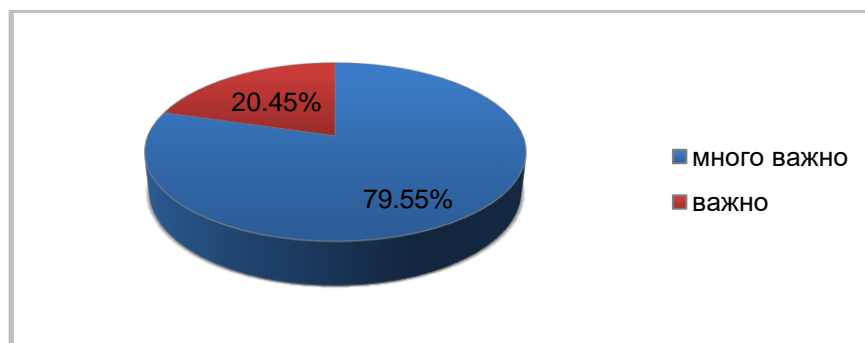
Почти еднакъв е дялът на участващите в извадката пациенти във възрастовите групи: 41-50 г. (n=28; 26,67%±4,32); групата на 51-60 годишните (n=26; 24,76%±4,21); и 31-40 годишни (n=24; 22,86%±4,10). С най-малък брой са пациентите над 61- годишна възраст (n=12; 11,43%±3,10) (фиг. 3).



**Фиг. 3.** Възрастово разпределение на пациентите в България

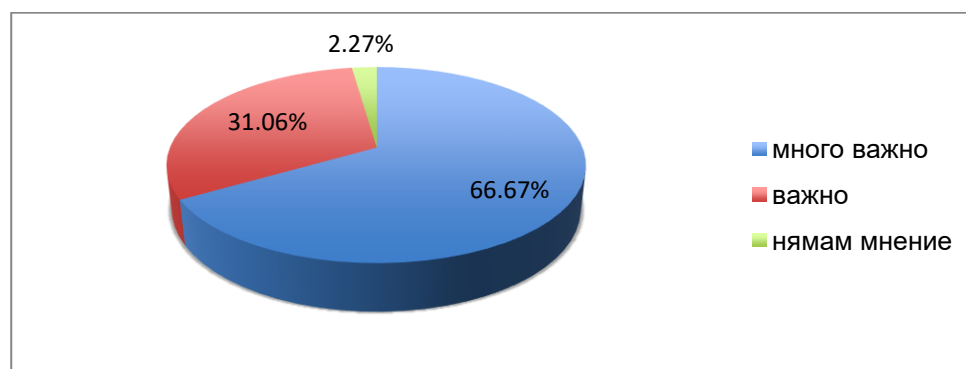
## 2. Значение на разговора преди лечение

Проучено бе мнението на анкетираните за значението на разговора преди лечение. Значителна част от денталните лекари определят воденето на обстоен разговор с пациента преди лечение за "важно" (n=27; 20,45%±3,51) до "много важно" (n=105; 79,55%±3,51) (фиг. 4). В Германия относителният дял е съответно 21,5% и 78,5%.



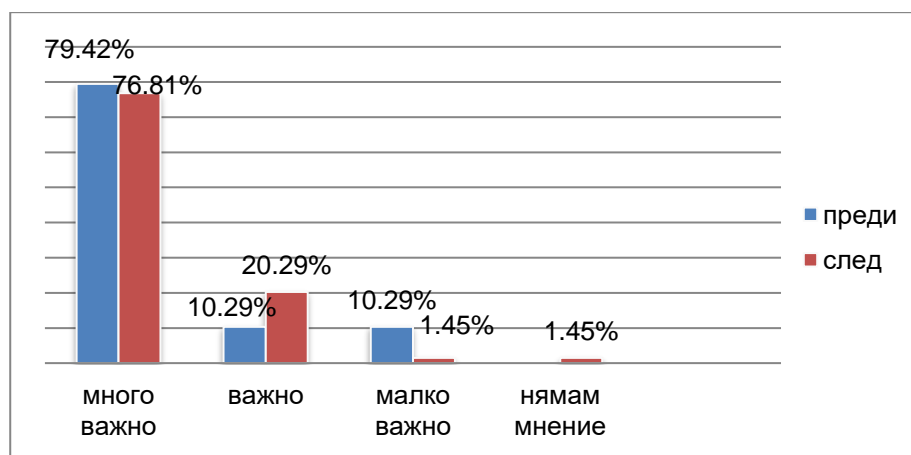
**Фиг. 4.** Значение на разговора преди лечение на пациенти за българския дентален лекар

Общо  $97,73\% \pm 1,30$  ( $n=129$ ) от българските дентални лекари считат, че е важно да притежават определени умения за водене на разговор. При това твърдение не се установява зависимост от пол, възраст, специалност, трудов стаж ( $p > 0,05$ ) (фиг. 5). При немските колеги относителният дял на положителните отговори е  $77,2\%$ .

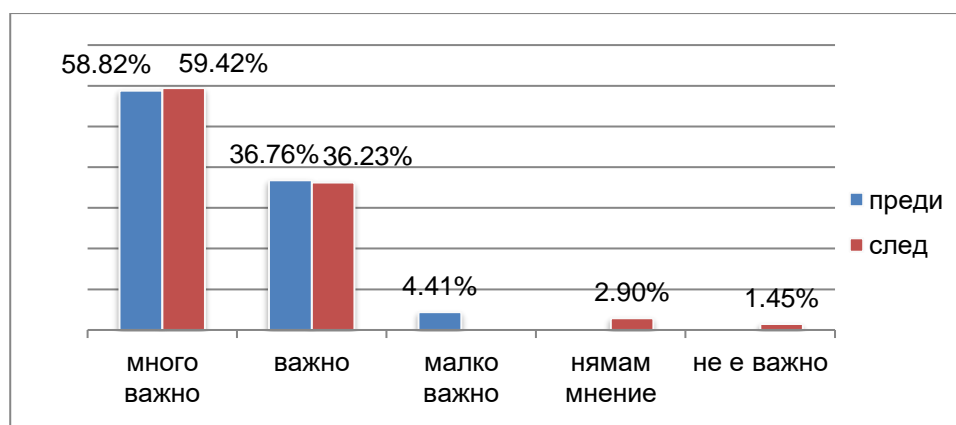


**Фиг. 5.** Значение на притежаването на определени умения при водене на разговор за денталния лекар

При българските студенти по дентална медицина голям дял определя *преди* обучение по комуникация обстояния разговор преди лечението като “мноغو важен” ( $n=108$ ;  $79,42\% \pm 3,47$ ) или “важен” ( $n=14$ ;  $10,29\% \pm 2,61$ ). *След* проведеното обучение  $106$  ( $76,81\% \pm 3,59$ ) го определят като “мноغو важен”, а  $28$  ( $20,29\% \pm 3,42$ ) като “важен”, т. е. резултатите са почти идентични (фиг. 6). Интересен факт е, че *преди* и *след* обучението по комуникация повече от половината от студентите отговарят, че денталният лекар трябва да притежава специални умения за водене на разговор (фиг. 7).



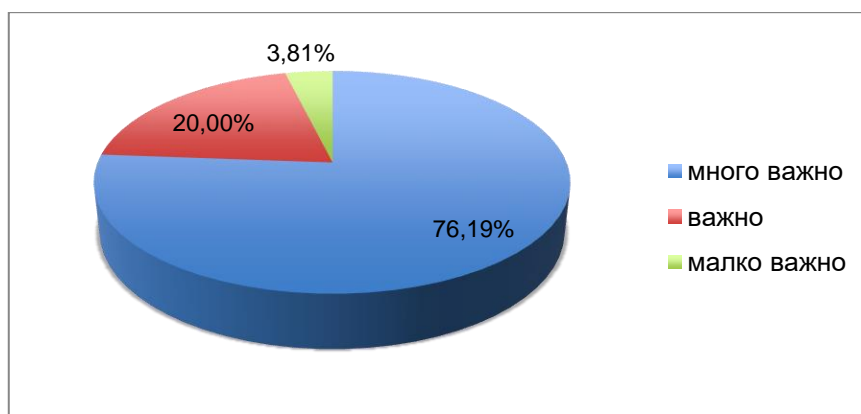
**Фиг. 6.** Значение на разговора преди лечение на пациенти преди и след обучение по комуникация



**Фиг. 7.** Отговори на въпроса дали денталният лекар трябва да притежава специални умения за водене на разговор с пациента преди и след обучение по комуникация

Значителна част от пациентите също определят воденето на обстоен разговор с пациента преди лечение за “много важно” ( $n=80$ ;  $76,19\% \pm 4,16$ ), а 102 от анкетираните пациенти считат, че е “много важно” ( $67,62\% \pm 4,57$ ) или “важно” ( $29,52\% \pm 4,45$ ) денталният лекар да притежава определени умения за водене на разговор. Едва трима от анкетираните не отдават голямо значение на тези умения ( $2,86\% \pm 1,63$ ). Според българските пациенти денталният лекар трябва да е водещ в разговора преди и по време на лечение (фиг. 8).





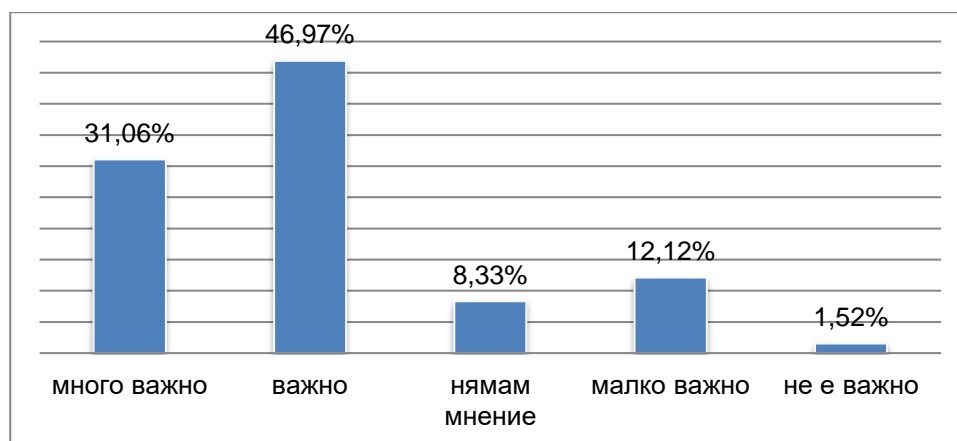
**Фиг. 8.** Значение на разговора преди лечение според пациенти

От тези отговори може да се направи извод, че овладяването на умения за водене на разговор с цел получаване на адекватна информация от пациента, е необходимо. Не бива да се забравя, че правилно проведенят разговор е важна част от денталната практика, тъй като главни аргументи за страха от дентално лечение са липсата на обяснения преди и по време на лечение и лошата комуникация.

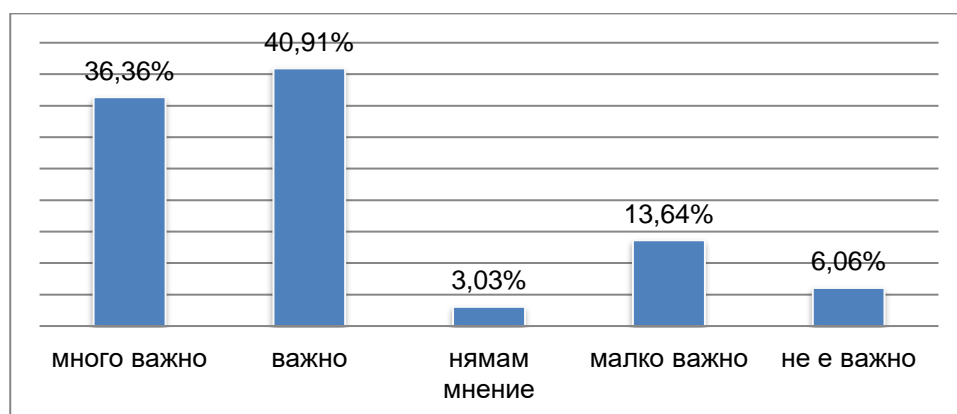
С присъединяването на България към ЕС се повишават изискванията към медицинските специалисти за спазване на медицински етични кодекси и права на пациентите. За пациентите здравето винаги е свързано със субективни възприятия и усещания. Затова тяхната перспектива за организацията и комуникацията в денталната практика е от голямо значение. Следните аспекти от лечението са важен фактор във взаимоотношенията лекар-пациент: изслушване; достатъчно време за пациента; пациентът да може лесно сподели проблемите си. Само по-малко от 40% от пациентите са на мнение, че са получили достатъчно информация за алтернативи на лечение, съвети за профилактични мерки и са имали възможност да задават въпроси.

### **3. Влияние на семейната среда и образованието на пациента**

При изследване на факторите, които влияят на комуникацията между лекар и пациент, *семейната среда* на пациента и *образованието* му се отбелязват като "важни". Според 78,06% от лекарите семейната среда на пациента е почти толкова определяща за една добре функционираща връзка, колкото и нивото на образование на пациента (31,06%±4,03 са дали отговор "много важно" и 46,97%±4,34 "важно") (фиг. 9, 10). Сходни са резултатите при немските дентални лекари.

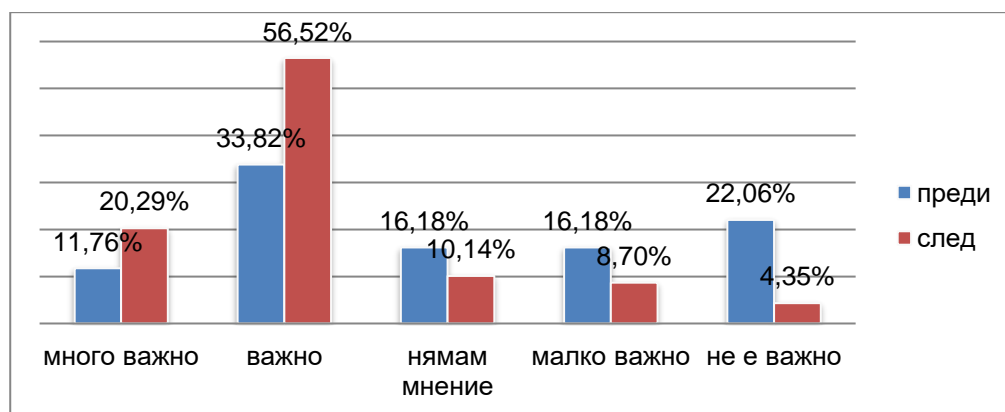


**Фиг. 9.** Значение на семейната среда на пациента за връзката между дентален лекар и пациент

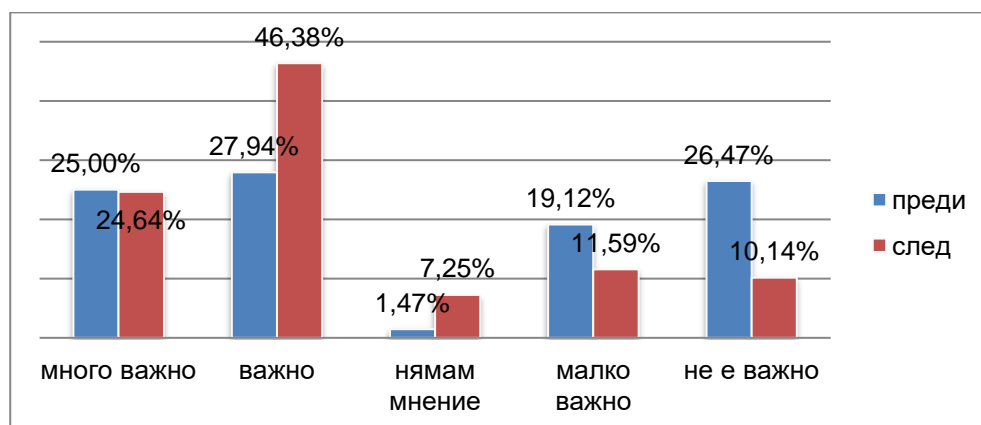


**Фиг. 10.** Значение на образованието на пациента за връзката между дентален лекар и пациент

Малък дял от българските студенти *преди* обучение по комуникация отговарят, че *семейната среда* има значение за връзката между дентален лекар и пациент ( $11,76\% \pm 2,76$ ,  $n=16$ ), а  $33,82\% \pm 4,06$  ( $n=46$ ) я определят като "важна". След обучението се отчита следната промяна:  $20,29\% \pm 3,42$  ( $n=28$ ) от анкетираните студенти я определят като "много важна", а  $56,52\% \pm 4,22$  ( $n=78$ ) като "важна". Само  $4,35\% \pm 1,74$  ( $n=6$ ) считат, че *семейната среда* не е от значение. За сравнение делът им *преди* обучение е  $22,06\% \pm 3,56$  ( $n=30$ ) - ( $p < 0,001$ ;  $u=3,92$ ). Факторът *образование* се определя от студентите като "важен" за връзката между лекар и пациент, особено *след* като студентите са преминали курс за обучение по комуникация ( $p < 0,05$ ;  $u=2,32$ ) (фиг. 11, 12).

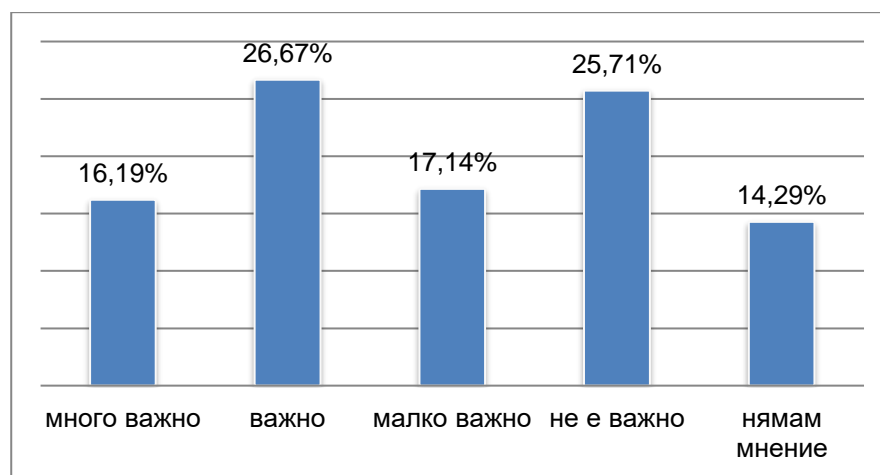


**Фиг. 11.** Значение на семейната среда на пациента за връзката между дентален лекар и пациент **преди** и **след** обучение по комуникация

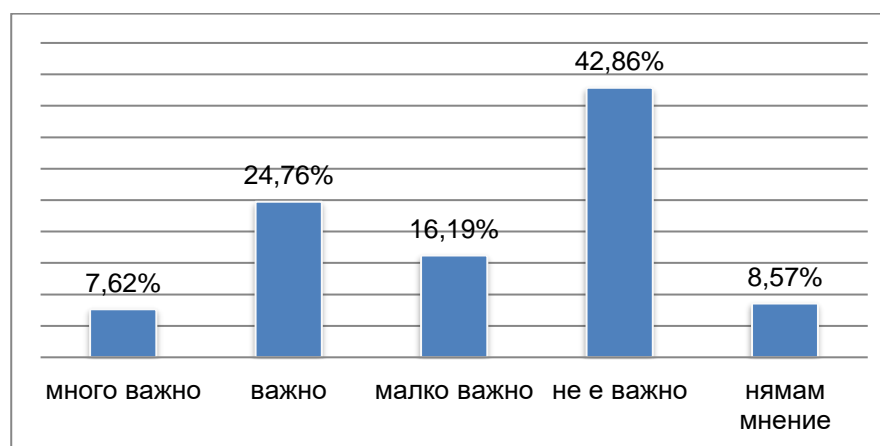


**Фиг. 12.** Значение на образованието на пациента за връзката между дентален лекар и пациент **преди** и **след** обучение по комуникация

Според близо една четвърт от анкетираните пациенти *семейната им среда* е важен фактор за добре функциониращата връзка между лекар и пациент ( $n=28$ ;  $26,67\% \pm 4,32$ ). За другата една четвърт от пациентите тя не е от значение ( $n=27$ ;  $25,71\% \pm 4,27$ ). Нивото на *образование* на пациента не е важен фактор за ефективната комуникация при лечение според повечето анкетирани пациенти ( $n=45$ ;  $42,86\% \pm 4,83$ ) (фиг. 13, 14).



**Фиг. 13.** Значение на семейната среда на пациента за връзката между дентален лекар и пациент според пациентите



**Фиг. 14.** Значение на образованието на пациента за връзката между дентален лекар и пациент според пациентите

Мнението на българските лекари и студенти потвърждава, че *семейната среда* и *образованието на пациента* са важен фактор за успешната комуникация в денталното ежедневие и кореспондира с общоприетото мнение, че от семейната среда зависи възпитанието, културата на пациента, религията, която изповядва, образованието и тези фактори могат да бъдат определящи във взаимоотношението лекар-пациент. Мнението на немските лекари почти не се различава, а при студентите не се установява статистически значима разлика *преди* и *след обучение*. Това буди интерес, защото са интервюирани в 6, 7 и 8 семестър, когато вече имат клинична работа. Явно те не отдават значение на образованието на пациента за установяване на успешна комуникация между него и денталния лекар.

Различно е мнението на българските пациенти. Според тях *семейната среда* не играе роля във взаимоотношенията дентален лекар-пациент. Това показва едно омаловажаване на влиянието, съзнателно или

подсъзнателно, което семейната среда оказва на всеки един от нас. Изследванията показват, че културните различия (различен стил на живот, поведение, хранене, облекло) водят до конфликти в комуникацията, както и до липса на комплайънс. Честа причина са различията в социалната среда на лекар и пациент.

Друг фактор е *нивото на образование* на пациента. Изненадващи са резултатите от анкетата сред пациентите. Почти половината от разпитаните отговарят, че образованието им не играе роля във взаимоотношенията с денталния лекар. Това буди интерес. Възможно обяснение е, че денталните лекари със своя професионализъм намират правилен език за пациента, без да създадат чувство за неравностойност. За съжаление българското изследване е проведено сред малък брой пациенти. Едно по-обстойно проучване е възможно да даде различни резултати.

И при двата фактора *семейна среда* и *образование* не се наблюдава статистическа зависимост на мнението от пол и възраст на анкетираните. Забелязва се, че жените лекари по дентална медицина по-често оценяват значението на *семејната среда* и *образованието* като „много важно“ или „важно“. Това вероятно се дължи на различния стил на комуникация на жените дентални лекари. Те поставят пациента в центъра на разговора, показват повече емпатия, интересуват се от психосоциалното положение на пациента.

#### 4. Трудни пациенти

Интересен фактор, влияещ на комуникацията е работата с “трудни пациенти”. Запитани за своето професионално ежедневие  $11,36\% \pm 2,76$  ( $n=15$ ) от денталните лекари в България отговарят, че никога не са имали контакт с трудни пациенти; рядко имат такъв контакт  $68,94\% \pm 4,03$  ( $n=91$ ); рядко не успяват да проведат лечение след първоначалния разговор  $70,45\% \pm 3,97$  ( $n=93$ ). На  $71,97\% \pm 3,91$  ( $n=95$ ) от анкетираните се е налагало да откажат лечение на пациент, като това се е случвало рядко ( $n=87$ ;  $65,91\% \pm 4,13$ ). Причина за това са най-вече необоснованите претенции на пациента, които противоречат на медицинските стандарти ( $n=45$ ;  $34,09\% \pm 4,13$ ).

Във въпросника на студентите този въпрос не присъства, защото те все още нямат самостоятелна практика.

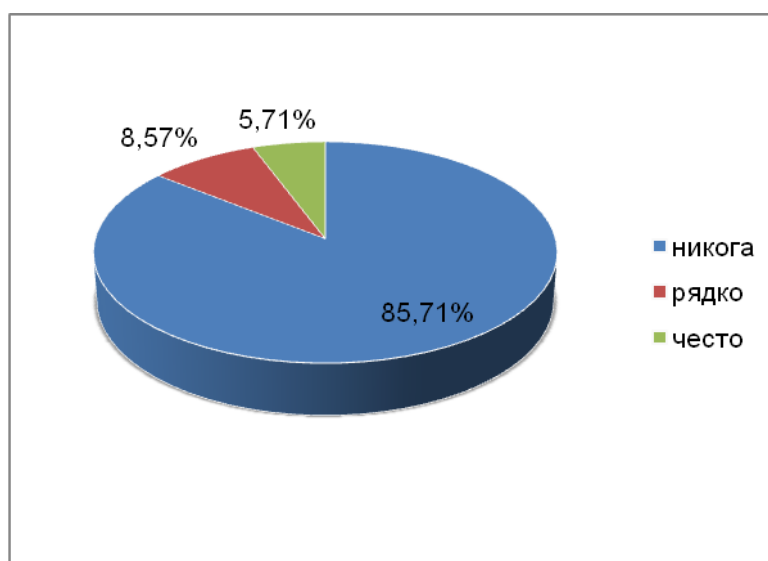
Обезпокоителни са два от отговорите на денталните лекари за причините за отказ на лечение – изключително ниският относителен дял на тези, които посочват като причина лекарския морал ( $4,50\%$ ) и високият дял на тези, които не са отговорили ( $17,40\%$ ). Това показва подценяване на тези проблеми от страна на българския лекар и непознаване на нормативните документи. От респондентите 16 души отбелязват други причини, но за съжаление няма такива описани при дадената възможност за свободен отговор във въпросника.

От немските дентални лекари  $8,9\%$  не са имали трудни разговори с пациенти, а при  $44,3\%$  това се случва веднъж в месеца; при  $32,9\%$  дори веднъж в седмицата. Въпреки това  $63,3\%$  от денталните лекари в Германия никога не са отчитали отказ от лечение, а при  $25,3\%$  това се е

случвало веднъж в месеца.

Отговорите на лекарите кореспондират с Хипократовата клетва и морално-етичните принципи, които денталните лекари очевидно спазват [22]. За сравнение, в Германия близо половината от анкетираните са отказвали лечение на пациент (48,1%). Това вероятно се дължи на добре развитата здравноосигурителна система в Германия, където денталните лекари не са принудени да задържат пациента на всяка цена, независимо от поведението и претенциите му. Практикува се принципът на свободен избор на пациенти, като единствено отказът на лечение на пациенти с болки е забранен.

Противоположни на отговорите на денталните лекари са тези на пациентите – на повече от 90% не е било отказвано дентално лечение (фиг. 15).

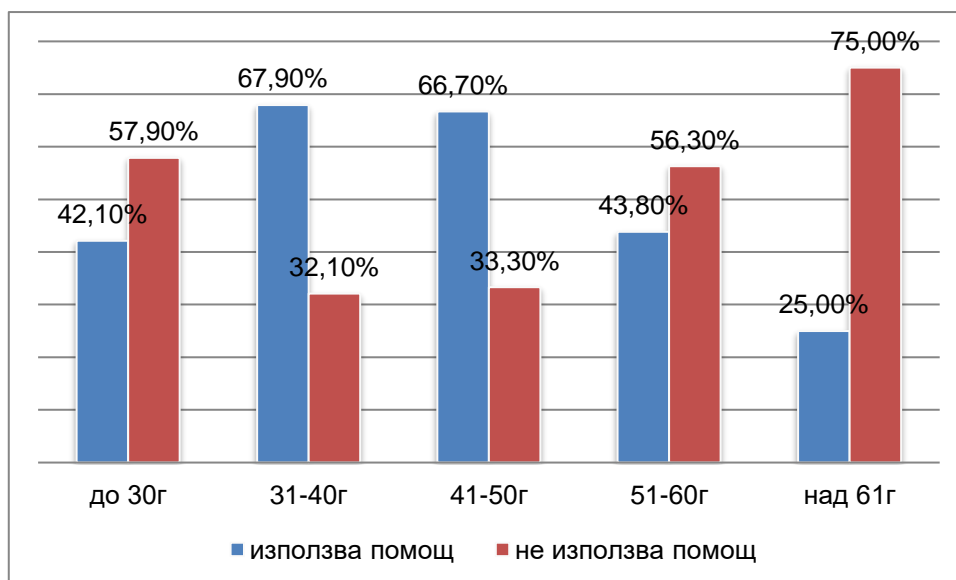


**Фиг. 15.** Разпределение на отговорите на пациентите колко често денталните лекари са имали проблем да осъществят нормален контакт с тях

Този резултат може да се дължи на малкия брой анкетиранни пациенти (105) и случайно попадналият голям дял на тези, на които не е било отказвано лечение. От друга страна отговорите на българските пациенти представят и различните реалности на двете групи – отказ за лечение от страна на денталния лекар не винаги се възприема като такъв от пациента. Важна роля играе начинът на поднасяне на информацията и взаимоотношенията лекар-пациент, т.е. дори при отказ на лечение, правилната комуникацията има значение.

Една от темите, разглеждани при денталните лекари, е използването на професионална помощ на психолог при работа с трудни пациенти. Повече от половината от анкетираните дентални лекари в България смятат, че се нуждаят такава ( $n=68$ ;  $51,51\% \pm 4,35$ ), но 87 ( $65,91\% \pm 4,13$ ) от тях са успели да се справят и без психологическа терапия. При разпределение на отговорите на денталните лекари според възрастта и трудовия стаж се откри зависимост в групата на 31-40 и 41-50

годишните, както и в групата на 60-годишните ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 13,10$ ). Те са склонни да използват психологическа помощ при работата си с трудни пациенти ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 12,30$ ), но с нарастване на трудовия стаж денталните лекари не прибегват до такава ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 10,57$ ). Според повечето пациенти помощта на психолог при лечение не е необходима (фиг. 16).



**Фиг. 16.** Зависимост между възрастта на денталните лекари и готовността им да използват психологическа помощ

Възможно обяснение на тези резултати остава установеното вече доверие между практикуващите лекари и дългогодишните им пациенти - те по-рядко докладват за проблеми в общуването със своите пациенти. От друга страна включването на обучение по психология на студентите по дентална медицина в съвременното обучение дава възможност на младите лекари да оценят, че поведенческата и когнитивна терапия имат позитивен ефект върху последващи посещения и лечението на пациента. Мнението на лекарите е, че професионалната помощ на психолог може да е от полза при терапията на "трудни пациенти".

За анкетираните немски дентални лекари (25%) използването на психологическа помощ е утвърден инструмент в лечението на пациенти предимно с дентофобия или хронични болки. Работата в интердисциплинарен екип е изключително ефективна, може да увеличи комплайънса на пациента и да намали в дългосрочен план разходите по неговото лечение.

Като извод може да се посочи, че по време на обучението в българските дентални университети трябва да се акцентира повече върху необходимостта от интердисциплинарна работа в денталната практика с цел подобряване на здравната услуга и избягване на конфликтни ситуации.

За по-добра представа кои пациенти се определят като „трудни“, на денталните лекари беше предложено да изберат от 14 характерни групи

пациенти, които да бъдат оценени по тристепенната скала на Ликерт с „не са трудни“, „трудни“ и „много трудни“. Резултатите са показани в таблица 3.

**Табл. 3.** *Разпределение отговорите на денталните лекари в България според характеристиката на пациентите*

Характеристика на пациента	Оценка					
	не са трудни		малко трудни		много трудни	
	n	p%± Sp	n	p%± Sp	n	p%± Sp
агресивни	13	10,00±2,63	48	36,92±4,23	69	53,08±4,38
многознайковци	26	19,85±3,48	60	45,80±4,35	45	34,35±4,15
страхливи	23	17,69±3,35	75	57,69±4,33	32	24,62±3,78
високомерни	35	26,52±3,84	72	54,54±4,33	25	18,94±3,41
скептични към конвенционалната медицина	34	25,76±3,81	68	51,51±4,35	30	22,73±3,64
хиперактивни	31	23,48±3,69	80	60,61±4,25	21	15,91±3,18
с недъг на тялото	67	51,54±4,38	48	36,92±4,23	15	11,54±2,80
не говорят добре езика	58	44,27±4,34	53	40,46±4,29	20	15,27±3,14
неизпълняващи предписания	9	6,92±2,23	38	29,23±3,99	83	63,85±4,21
психични заболявания	9	6,92±2,23	22	16,92±3,29	99	<b>76,16±3,74</b>
натрапчиви	29	22,14±3,63	67	51,14±4,37	35	26,72±3,87
силно чувствителни	32	24,43±3,75	84	64,12±4,19	15	11,45±2,78
приятели	68	51,52±4,35	37	28,03±3,91	27	20,45±3,51
членове на семейството	81	<b>61,36±4,24</b>	33	25,00±3,77	18	13,64±2,99

Повечето от анкетираните дентални лекари оценяват като “много трудни” пациентите с *психични заболявания* (n=99; 76,16%±3,74), следвани от *пациентите, които не спазват предписано лечение* (n=83; 63,85%±4,21) и *агресивните пациенти* (n=69; 53,08%±4,38). Според отговорите най-лесни за лечение са *приятелите* (n=68; 51,52%±4,35) и *членовете на семейството* (n=81; 61,36%±4,24).

Мнението на денталните лекари за *пациенти с психични заболявания* не показва зависимост от пол, възраст или специалност. За повечето лекари без специалност (n=56, 72,73%±5,08) *пациентите, които не изпълняват предписаното лечение*, са “много трудни”. Относителният дял при специалистите е 50,94%±6,87 (p<0,05;  $\chi^2 = 6,45$ ). Резултатите на българските студенти са представени в таблица 4 и 5.



**Табл. 4.** *Разпределение отговорите на студентите преди обучение според характеристиката на пациентите*

Характеристики	Оценка					
	не са трудни		малко трудни		много трудни	
	n	p%± Sp	n	p%± Sp	n	p%± Sp
агресивни	4	2,94%±1,45	28	20,59%±3,47	104	<b>76,47%±3,64</b>
многозначковци	16	11,76%±2,76	56	41,18%±4,22	64	47,06%±4,28
страхливи	30	23,81%±3,79	52	41,27%±4,39	44	34,92%±4,25
високомерни	42	30,88%±3,96	62	45,59%±4,27	32	23,53%±3,64
скептични към конвенционалната медицина	32	23,53%±3,64	84	<b>61,76%±4,17</b>	20	14,71%±3,04
хиперактивни	22	17,19%±3,33	72	56,25%±4,38	34	26,56%±3,90
с недъг на тялото	74	54,41%±4,27	56	41,18%±4,22	6	4,41%±1,76
не говорят добре езика	48	36,36%±4,19	56	42,42%±4,30	28	21,22%±3,56
неизпълняващи предписания	14	10,29%±2,61	54	39,71%±4,20	68	50,00%±4,29
психични заболявания	6	4,41%±1,76	26	19,12%±3,37	104	<b>76,47%±3,64</b>
натрапчиви	16	11,76%±2,76	68	50,00%±4,29	52	38,24%±4,17
силно чувствителни	18	13,24%±2,91	72	52,94%±4,28	46	33,82%±4,06
приятели	92	<b>67,65%±4,01</b>	36	26,47%±3,78	8	5,88%±2,01
членове на семейството	88	64,71%±4,10	36	26,47%±3,78	12	8,82%±2,43

**Табл. 5.** *Разпределение отговорите на студентите след обучение според характеристиката на пациентите*

Характеристики	Оценка					
	не са трудни		малко трудни		много трудни	
	n	p%± Sp	n	p%± Sp	n	p%± Sp
агресивни	10	7,25%±2,20	24	17,39%±3,22	104	<b>75,36%±3,66</b>
многозначковци	8	5,80%±1,99	44	31,89%±3,97	86	62,31%±4,13
страхливи	6	4,38%±1,75	60	43,80%±4,24	71	51,82%±4,27
високомерни	26	19,70%±3,46	62	46,97%±4,34	44	33,33%±4,10
скептични към конвенционалната медицина	24	17,91%±3,31	76	<b>56,72%±4,28</b>	34	25,37%±3,76
хиперактивни	36	26,01%±3,74	66	47,83%±4,25	36	26,10%±3,74
с недъг на тялото	48	36,92%±4,23	62	47,69%±4,38	20	15,38%±3,16
не говорят добре езика	54	39,13%±4,15	70	50,73%±4,26	14	10,14%±2,57
неизпълняващи предписания	4	2,90%±1,43	42	30,43%±3,92	92	66,67%±4,01
психични заболявания	4	2,99%±1,47	24	17,91%±3,31	106	<b>79,10%±3,51</b>
натрапчиви	26	19,40%±3,42	60	44,78%±4,30	48	35,82%±4,14
силно чувствителни	34	24,64%±3,67	72	52,17%±4,25	32	23,19%±3,59
приятели	80	<b>57,97%±4,20</b>	44	31,89%±3,97	14	10,14%±2,57
членове на семейството	78	56,52%±4,22	46	33,34%±4,01	14	10,14%±2,57

Оказва се, че има статистически значими разлики в някои от категориите: 23,81% от студентите определят *преди* обучение *страхливите пациенти* като „не са трудни“, докато делът им *след* обучението е едва 4,38%. *Преди* обучение 34,92% ги считат за „много трудни“, а делът им *след* обучение е 51,82% ( $p < 0,01$ ;  $u = 2,95$ ). Пациентите с *недъг на тялото* според 54,41% от студентите *преди* обучение „не са трудни“, за 4,41% от тях са „много трудни“. *След* обучението 36,92% ги определят за „не са трудни“, а 15,38% за „много трудни“ ( $p < 0,01$ ;  $u = 2,56$ ). Половината от анкетиранияте студенти *преди* обучение отбелязват *пациентите, които не спазват предписанията на лекаря* като „много трудни“, а делът им *след* посещение на семинари по комуникация се покачва на 66,67% ( $p < 0,05$ ;  $u = 2,24$ ). Няма разлика в мнението за *агресивните пациенти* - *преди* обучение 76,47% ги определят като „много трудни“, а *след* обучение – 75,36%.

Близо 30% от българските пациентите сами се определят като „трудни пациенти“. Около 57% от денталните лекари определят лечението на тези пациенти като голям стресов фактор в ежедневната практика. От своя страна пациентите, които попадат в тази група, докладват за влошени взаимоотношения със своя лекар. По-често студенти и лекари с по-малък стаж са склонни да определят пациентите като „трудни“. Това е разбираемо, тъй като краткият стаж означава по-малко опит в клинични ситуации, несигурност, неизграден усет за пациента.

Тъй като работата с „трудни пациенти“ е стресов фактор в ежедневната практика, в настоящото проучване се изследва работата с „трудни пациенти“ с различен профил. Откриха се следните отговори.

### **Агресивни пациенти**

В денталната практика пациентите понякога са *агресивни*. Агресията може да бъде породена от стрес или страх, да се дължи на употреба на алкохол или наркотици. Тя се появява спонтанно. Лечението на такива пациенти е трудно, но е важно лекарят да запази спокойствие и да покаже търпение и професионализъм. Необходимо е да се разбере причината за това поведение и заедно с пациента да се намери решение на проблема. Rössler препоръчва метода на „talking down“ – използване на открито и приятелско поведение, спокоен тон.

При проведеното в България проучване *агресивните пациенти* се определят единодушно от денталните лекари и студенти като „много трудни“. Малко повече от половината български дентални лекари са на това мнение. Според 58,2% от немските дентални лекари *агресивните пациенти* също са „много трудни“. Относителният дял на българските студенти, отговорили, че *агресивните пациенти* са „много трудни“ е висок – почти 80%, без значима разлика *преди* и *след* обучение по комуникация. Резултатите при лекарите могат да се обяснят с натрупания клиничен опит и по-адекватен подход към този тип поведение. При студентите е обяснимо притеснението пред това предизвикателство и е необходимо те да бъдат обучени как да реагират - напр. с помощта на ролеви игри, поставяне в симулативна ситуация и др.

Интересни са различията при съпоставка отговорите на студентите в България и Германия - около 80% от студентите в България *преди* и *след*

обучение определят *агресивните пациенти* като “много трудни”, докато делът им в Германия е доста по-нисък (между 56,5% *преди* обучение; 61,5% *след* обучение). Като вероятна причина може да се изтъкне фактът, че на студентите в Германия липсва опит с такъв тип пациенти, тъй като в клиничните курсове в университета пациентите са подбрани. В България пациентите попадат в студентските курсове на случаен принцип, което е позитивен факт, защото дава възможност на студента още по време на следването да се срещне с цялата палитра пациенти и постепенно да изгради адекватно поведение към тях.

Това потвърждават редица автори - обучението по комуникация повишава компетентността на студентите спрямо *взискателни* и *агресивни* пациенти.

### **Пациенти, които не спазват предписания**

Невъзможно е провеждането на успешно лечение без пациентът да *съдейства*, което според 33 е негово задължение. Но българските пациенти не познават своите задължения и не ги спазват. Задълженията на пациента се изразяват в:

- спазване на подходяща устна хигиена;
- добросъвестно носене на ортодонтски апарати или шини;
- спазване на планирани часове;
- спазване на предписано лечение и др.

Неуспешното лечение от своя страна води до неудовлетвореност у пациент и лекуващ, последвани от постоянна смяна на лекари и дори евентуално прекъсване на терапията. Ето защо е важно да се формират добри взаимоотношения между лекар и пациент, да се мотивира и стимулира активната роля на пациента в лечебния процес, да се създаде възможност за обратна връзка и да се реализира в практиката партиципативният модел на поведение.

В проведеното проучването се установи, че делът на денталните лекари, които определят *пациентите, които не спазват предписания*, като “много трудни” е сравнително висок, като по-често така отговарят денталните лекари без специалност ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 6,45$ ). Вероятно допълнителното обучение и взимане на специалност дава на лекарите повече умения и сигурност при работа с пациенти. Повечето от лекарите в собствена амбулатория също са на това мнение, без да се наблюдава статистическа значимост. Те оценяват значението на комплайънса на пациента за успеха на практиката – пациенти, които спазват предписания са по-удовлетворени от своето лечение, посещават с желание денталния лекар и са готови да го препоръчат на приятели и познати.

При разпределение на отговорите според пола на денталните лекари се установи, че за мъжете *пациентите, които не спазват предписания*, по-често се оказват “много трудни” ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 4,55$ ). Може да се предположи, че тук отново оказва влияние различният стил на комуникация при жените и мъжете. Показвайки повече разбиране и емпатия, жените лекари вероятно по-успешно мотивират пациента да спазва дадени предписания.

Друг интересен, но и обясним факт е, че единствено в групата на възрастните дентални лекари (над 61 години) някои споделят, че *пациентите, които не спазват предписания*, “не са трудни”. Тук вероятно играе роля дългогодишната връзка между лекар и пациент и благодарение на изграденото доверие, пациентите са готови да следват предписанията на своя лекар. Констатира се различие с отговорите в немското изследване – в него едва 45,6% определят *пациентите, които не спазват предписания*, като “много трудни”, а 43,0% като “малко трудни”. Това буди недоумение, защото доброто сътрудничество е знак за изградено доверие между лекар и пациент.

При българските студенти се наблюдава увеличаване на относителния дял на отговорилите с “много трудни” *след обучение по комуникация*, без да има статистическа значимост. Делът на отговорилите с “не са трудни” силно намалява. Предположението е, че студентите, попълнили въпросника *преди* обучение или са дали недобросъвестни отговори или просто не осъзнават значението на комплайънса на пациента за неговото лечение. От друга страна може да се предположи, че обучението по комуникация води до осъзнаване на проблема с трудните пациенти и дава насоки за справяне с тях. Това подкрепя хипотезата, че преподаването на комуникационни умения е важен елемент от учебната програма.

Сходни са получените резултати в немското изследване (47,8% *преди* и 53,8% *след обучение* отговарят с “много трудни”).

### **Страхливи пациенти**

Страхът от дентално лечение се определя като необосновано опасение, че по време на денталното лечение ще се случи нещо застрашаващо и е свързано с чувството на загуба на контрол. Изследванията показват, че около 70% от населението изпитва определено неразположение преди посещение при дентален лекар, като 20% се определят като много страхливи и 5% избягват такива посещения.

За денталния лекар често е трудно да прецени до колко пациентите се страхуват от лечението, въпреки че това е важен аспект, защото правилният подход към страхливи пациенти води до успешно провеждане на лечение и по-голямо удовлетворение от лечението.

В настоящото проучване се установи, че една четвърт от анкетираните в България дентални лекари определят *страхливите пациенти* като “много трудни”, а повече от половината като “малко трудни”. Не се наблюдава статистически значима разлика от пол, възраст, стаж, специалност и вид лечебно заведение. Това от една страна показва, че българският дентален лекар не се притеснява да работи със *страхливи пациенти* и не ги възприема като предизвикателство. От друга страна може да се интерпретира като невъзможност за правилна преценка на пациента от страна на денталния лекар. *Страхливите пациенти* често се опитват да прикрият страха и лекарят има за задача да направи правилна оценка на поведението на пациента, за да намери адекватен подход. Ако страхливият пациент не бъде идентифициран като такъв, то това може да доведе до неуспешен изход от лечението.

В Германия 51,9% от анкетираните лекари определя групата на *страхливите пациенти* като “не са трудни”, докато в България така считат едва 17,69%. Възможно обяснение е утвърденото в Германия обучение по комуникация, което подготвя лекарите за работа с този тип пациенти още по време на следването, както и готовността за използване на помощ от психолог. Добрите комуникативни умения на лекарите и работата в интердисциплинарни екипи могат значително да намалят чувството на страх у пациента. Друго обяснение може да е и широко разпространетото лечение на страхливи пациенти в Германия с пълна упойка или с помощта на седращи медикаменти от групата на бензодиацепините, както и все по-честото използване на райски газ или хипноза в ежеднезната практика. В определени случаи разходите за този тип лечение могат да бъдат поети от здравната каса.

Важно е да се отбележи, че лечението на страхливи пациенти е все още доста чувствителна тема. Много от тях не говорят за страховете си, а голяма част изобщо не посещават дентална практика. Пациенти, които са имали незадоволителни разговори с денталния лекар, показват по-високо ниво на тревожност при лечение и по-често прекъсват посещенията си в денталната практика. Затова тези пациенти трябва да бъдат разпознати като *страхливи*, за да може денталният лекар да реагира адекватно. Ако той е спокоен и приятелски настроен, ако демонстрира морална подкрепа и работи бързо, като се опитва да избягва болка при лечението, това може да намали страха.

Резултатите на анкетираните в България студенти се различават от тези на лекарите. *Преди* обучение една трета считат *страхливите пациенти* за “много трудни”, а *след* обучение така отговарят повече от половината ( $p < 0,01$ ;  $u = 2,95$ ). Делът на отговорилите с “не са трудни” значително намалява. Това говори за осъзнаване на трудността при лечение на *страхливите пациенти* с нарастване на клиничния опит. Проучванията показват, че студентите често питат пациентите дали се страхуват от лечението, но не го правят системно, което се препоръчва. Това е важно за студентите, тъй като те все още нямат рутина в работата, често са несигурни и колкото по-бързо разпознаят страхливия пациент, толкова по-успешна може да бъде провежданата от тях терапия.

### **Пациенти с психични заболявания**

Пациентите с психични заболявания представляват предизвикателство за лекуващия и често се описват от лекарите като “трудни пациенти”. В съответствие с тези изказвания големият дял дентални лекари (76,16%) определят пациентите с *психични заболявания* като “много трудни”, независимо от стаж, пол, лечебно заведение или наличие на специалност. Големият дял студенти *преди* и *след* обучение в комуникация също е на това мнение, независимо че студентите в по-горен курс са учили психиатрия, имат клинична практика и вероятно са се срещали с проблема.

Фактът е обясним, предвид проблемите, които съпътстват лечението на *пациенти с психични заболявания*. Тези пациенти често изпитват отрицателни емоции спрямо лекари, не посещават лечебни

заведения, не оценяват потребността да посещават дентален лекар, не се грижат за себе си и собственото си здраве, не се сътрудничат по време на лечение. Много често медикаментите, които приемат, имат силни странични ефекти и в устната кухина. Едни от най-разпространените психични заболявания в съвременното общество са депресия, страхови състояния, шизофрения, биполарно разстройство и деменция. Често поради заболяването си тези пациенти имат лоша хигиена, пародонтални проблеми и кариес. От своя страна лошото орално здраве има не само отрицателен физиологичен, но и психологичен, и социален ефект, свързан със затруднено хранене, говор, намалено качество на живот и снижено самочувствие. Денталният лекар трябва да е подготвен за тези пациенти, да им отделя повече време при лечение, да показва разбиране, по-често да повтаря и обяснява, да е подготвен за неочаквани реакции на пациента по време на лечение.

Между българските и немски респонденти се установиха значими различия. Близко една трета от немските лекари (39,5%) и близо половината от студентите в Германия (52,2% *преди* и 46,2% *след* обучение по комуникация) определят тези пациенти като “малко трудни”. Възможно обяснение е, че в Германия пациентите с психични заболявания са хоспитализирани, лекуват се в университетски клиники или в други специализирани лечебни заведения, често под пълна упойка и не присъстват толкова често в малките дентални практики.

### **Многознайковци**

Многознайковците са хора, които мислят, че знаят всичко и не приемат чуждо мнение. *Многознайковците* с такъв тип поведение може да компрометират терапията и да се стигне до конфликти с денталния лекар.

От денталните лекари в България близо половината са определили *многознайковците* като “малко трудни”. Това е нормално, тъй като лекарите вече са с клиничен опит, показват сигурност в работата си и въпреки това *многознайковците* не са лесни пациенти, изискват специално внимание. Според немските респонденти *многознайковците* са “много трудни” пациенти (41,8%).

За голяма част от студентите в България *многознайковците* също са “много трудни” (47,06%). Делът им дори нараства *след* обучението по комуникация, което е разбираемо (62,31%). Тази група пациенти изисква специално внимание. При разговор с тях информацията трябва да е подкрепена с факти, лекарят трябва да излъчва увереност, самочувствие и да внушава умерен респект. Добрите комуникативни способности са важен фактор при работата с тези пациенти.

Отговорите, получени при немските студенти, са различни от тези на българските: 47,8% *преди обучение* ги определят като “много трудни”, *след обучение* делът им спада на 23,1%, а 73,1% отговарят с “малко трудни”. Нормално е студентите без клиничен опит да изпитват несигурност, а големият дял немски студенти дали отговор “малко трудни” *след обучение* показва сигурност в общуването с такъв тип пациенти.

### **Приятелите и членове на семейството**

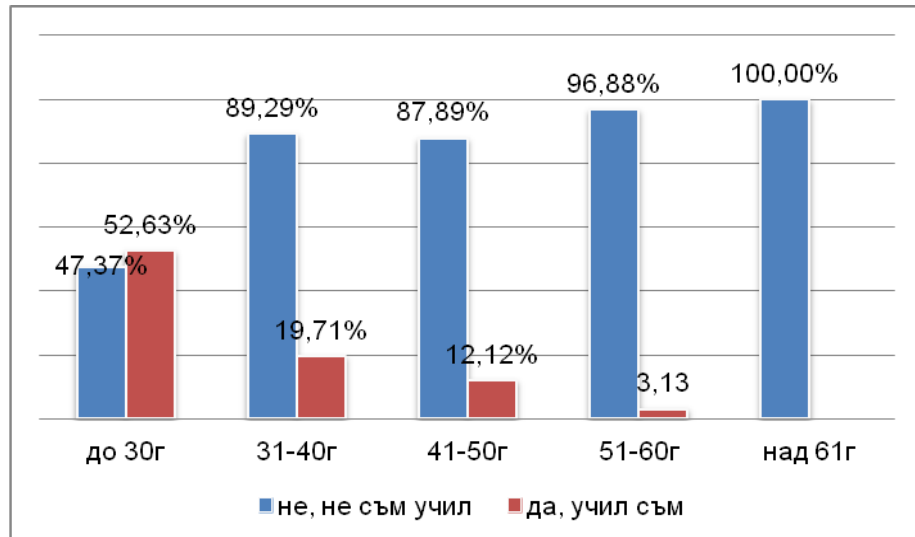
Не всички медицински организации имат насоки за лечение на приятели и членове на семейството, но тези, които за изработили такива, не препоръчват лечение на близки хора. Въпреки това голяма част от лекарите са готови да предпишат медикамент за близки, приятели или колеги. Интересен факт е, че за лекари и студенти в България най-лесни за лечение са *приятелите и членове на семейството* (табл. 3, 4, 5). Тези данни съответстват с отговорите на респондентите в Германия – 53,2% от немските лекарите определят *приятели*, а 63,3% - *членове на семейството* като “не са трудни”. При немските студентите 52,2% *преди обучение* и 73,1% *след обучение* считат, че *приятелите* “не са трудни”. При лечение на *членове на семейството* резултатите са съответно 56,5% и 69,2%.

Ако всичко протича добре и няма конфликти, то приятелите и семейството са “лесни” пациенти. Но ако лечението няма желания от пациента изход, това може да навреди на приятелството. Необходимо е отношението към тези две групи да е като към останалите пациенти и лекарят да се придържа към партиципативния модел на лечение.

Мнението на българските респонденти спрямо различните групи пациенти говори за готовност на лекари и студенти за работа с широк диапазон от пациенти. Потвърждава се необходимостта от развитие на комуникативните умения за постигане на по-голям успех при лечението на “трудни пациенти”.

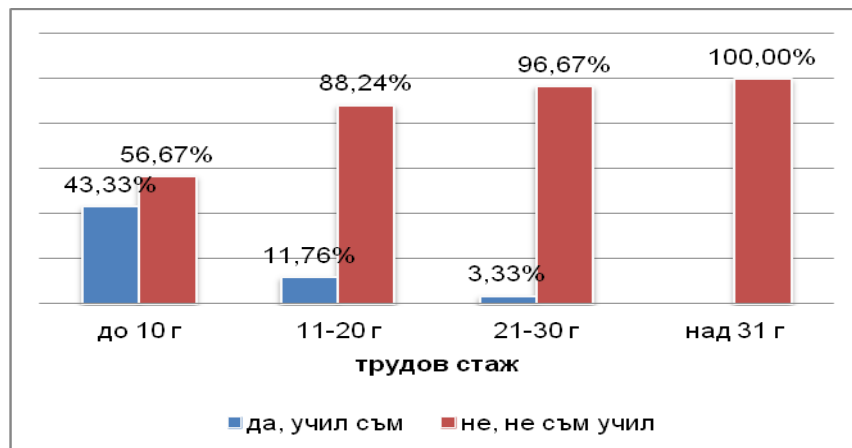
### **5. Източници на информация по темата комуникативни умения**

Важен въпрос в настоящото проучване е къде денталните лекари получават информация за правилната комуникация в денталната практика. Оказа се, че повечето от денталните лекари, попаднали в българската извадка, не са учили комуникативни умения по време на следването си - ( $n=114$ ;  $86,36\% \pm 2,99$ ):  $91,89\% \pm 3,17$  ( $n=68$ ) от жените и  $79,31\% \pm 5,32$  ( $n=46$ ) от мъжете ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 4,37$ ). В групата на над 60 годишните 100% от анкетираните не са изучавали такава дисциплина в университета (фиг. 17).



**Фиг. 17.** Зависимост на възрастта на българските дентални лекари и обучението по комуникативни умения

При съпоставка с трудовия стаж се оказва, че всички дентални лекари със стаж над 31 години не са изучавали комуникативни умения по време на следването ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 31,27$ ) (фиг. 18).



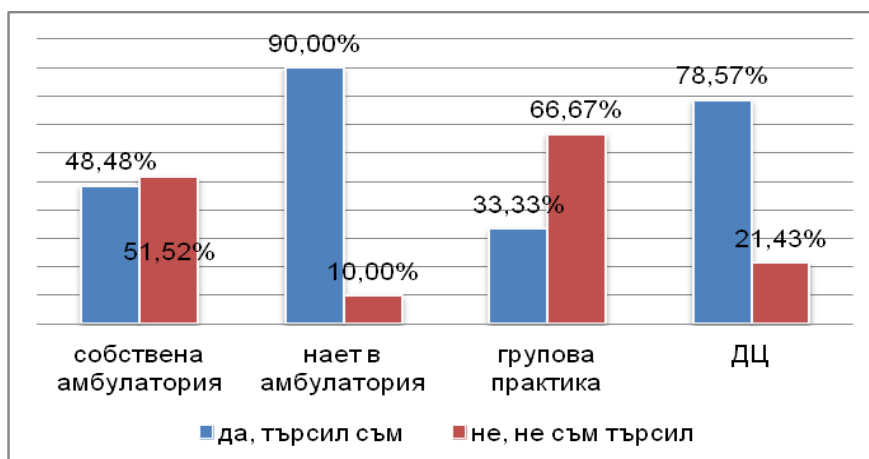
**Фиг. 18.** Зависимост между трудовия стаж и обучението по комуникативни умения

Попадналите в извадката дентални лекари в България показват интерес към темата „Комуникация в денталната практика“. Повече от половината са търсили информация по темата ( $n=71$ ;  $53,79\% \pm 4,34$ ), като  $50,00\% \pm 5,81$  са жени ( $n=37$ ) и  $58,62\% \pm 6,47$  са мъже ( $n=34$ ). Оказва се, че във всички възрастови групи повече от половината от анкетираните са търсили информация за воденето на разговор в денталната практика.



Изключение прави единствено групата на над 61 годишните - едва 20% от тях са търсили такава информация ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 12,58$ ).

Влияние оказва и видът на лечебното заведение, в което денталните лекари практикуват - наетите в амбулатория за индивидуална практика или в дентален център дентални лекари (в изследваната извадка това е групата на под 30 годишните), са по-склонни да се информират, от колегите си, практикуващи в собствена амбулатория за индивидуална практика ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 11,28$ ) (фиг. 19).



**Фиг. 19.** Зависимост между вид лечебно заведение и обучение по комуникативни умения

Денталните лекари в България бяха запитани под каква форма търсят информация в сферата на комуникацията в денталната практика. Потърсиха се зависимости по отношение на възраст, пол, трудов стаж, наличие на специалност и вида на лечебното заведение, в което денталният лекар практикува. При този въпрос анкетираните имаха право на няколко отговора. При обработка на данните не бяха открити предпочитания към източника на информация при двата пола. При разпределение по възраст, се оказа, че интернет е основен източник на информация за  $84,21\% \pm 8,37$  ( $n=16$ ) във възрастовата група до 30 години, като с нарастване на възрастта този дял намалява до  $5,00\% \pm 4,87$  ( $n=1$ ) при денталните лекари над 61 години ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 25,77$ ). Младите колеги са и тези, които са търсили информация при преподаватели в университета ( $26,32\% \pm 10,10$  при под 30 г.,  $14,29\% \pm 6,61$  при 31-40 г.). При по-възрастните колеги няма положителни отговори ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 14,23$ ).

Зависимостта от трудовия стаж съответства на гореописаните данни. Колегите с малък трудов стаж, под 10 години, често търсят информация в *интернет* ( $80,00\% \pm 7,30$ ;  $n=24$ ), като с нарастването му делът им силно намалява - при трудов стаж над 31 г. той е  $15,79\% \pm 5,92$  ( $n=6$ ) ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 29,21$ ). Подобно разпределение се наблюдава и при възможността за *информиране в университета* ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 16,96$ ) и *разговори с колеги* ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 9,21$ ) (табл. 6).

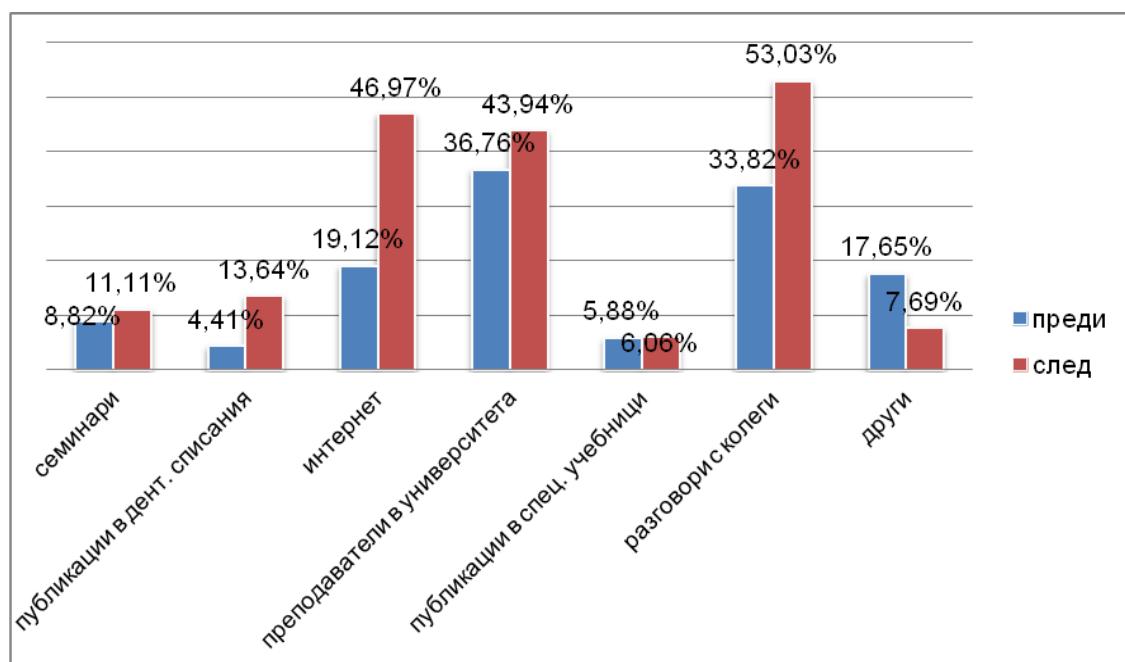
**Табл. 6.** Разпределение на формите на информационни източници според възрастовата група на денталните лекари

Информационни източници	Възрастова група									
	до 30 г.		31-40 г.		41-50 г.		51-60 г.		над 60 г.	
	п	р%±Sp	п	р%±Sp	п	р%±Sp	п	р%±Sp	п	р%±Sp
Семинари	6	31,58%±10,66	7	25,00%±8,18	7	21,21%±7,12	5	15,62%±6,42	1	5,00%±4,87
Публикации в дент. списания	7	36,84%±11,07	9	32,14%±8,83	14	42,42%±8,60	16	50,00%±8,84	5	25,00%±9,68
Интернет	16	<b>84,21%±8,37</b>	13	46,43%±9,42	13	39,39%±8,51	12	37,50%±8,56	1	5,00%±4,87
В университета	5	26,32%±10,10	4	14,29%±6,61	0	0	2	6,25%±4,28	0	0
Специализирани учебници	5	26,32%±10,10	8	28,57%±8,54	4	12,12%±5,68	4	12,50%±5,85	2	10,00%±6,71
Разговори с колеги	11	61,11%±11,49	10	35,71%±9,06	16	<b>48,48%±8,70</b>	13	40,63%±8,68	3	15,00%±7,98
Други	3	16,67%±8,78	2	7,41%±5,04	4	12,12%±5,68	2	6,25%±4,28	0	0

Съвсем различни са данните в Германия - 64,4% от анкетираните там дентални лекари са имали задължителен курс по комуникация по време на следването. Допълнително 40 души от анкетираните са посещавали семинари по комуникация, а 39 са разговаряли с колеги по темата „*Водене на разговор в денталната практика*“. Оказва се, че *интернет* не е предпочитан източник на информация. Едва 6 от респондентите са го посочили като такъв. За немските дентални лекари *посещението на семинари и разговорите с колеги* са основни източници на информация по темата комуникативни умения.

Тези данни показват необходимост от леснодостъпна, сериозна научна литература и международни дентални списания в интернет. Препоръчително би било да се насочи вниманието на по-възрастните колеги към темата за комуникацията и да се подпомогне използването на дигитални информационни източници. Европейски изследвания показват, че едва около 20% от възрастното население използва интернет, което е проблем. Комуникацията е изключително важна за привличане на нови пациенти и е в основата на маркетинговите стратегии на денталните практика.

При разпределение на отговорите на въпроса дали и под каква форма студентите в България са търсили информация по темата „*Водене на разговор в денталната практика*“, 36,76%±4,13 (n=50) отговарят, че *преди* обучението по комуникация са търсили информация при *преподаватели в университета*, а 33,82%±4,06 (n=46) при *разговори с колеги*. След приключване на модула „*Комуникативни умения*“ броят на търсилите информация при *разговор с колеги* се увеличава на 53,03%±4,26 (n=70) ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 5,03$ ). Статистическа значимост се установи и при студентите, търсили информация в *интернет* ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 11,78$ ) и в *дентални списания* ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 3,50$ ). Техният брой след обучението значително нараства (фиг. 20).



**Фиг. 20.** Информационни източници за студентите преди и след обучение по комуникация

При немските респонденти се наблюдават следните резултати:

- 69,6% от студентите *преди* и 73,9% *след* обучение по комуникация обмислят разговора преди лечение;
- 60,9% *преди* и 65,2% *след* обучение по комуникация се подготвят с карти с информация за пациента;
- около 50% използват “рядко” или “никога” *интернет* и *специализирана литература*.

За студентите в България *преподавателите в университета* са много важен източник на информация *преди* и *след* обучение. *След* посещение на обучение по комуникация броят на студентите, които търсят информация в *интернет* или в *дентални списания*, значително се увеличава. Следователно е възбуден интересът към самообучение. *Разговорите с колеги* са друг важен източник, особено за студентите с клиничен опит. Те ценят опита на своите състуденти и имат готовност да се възползват от него.

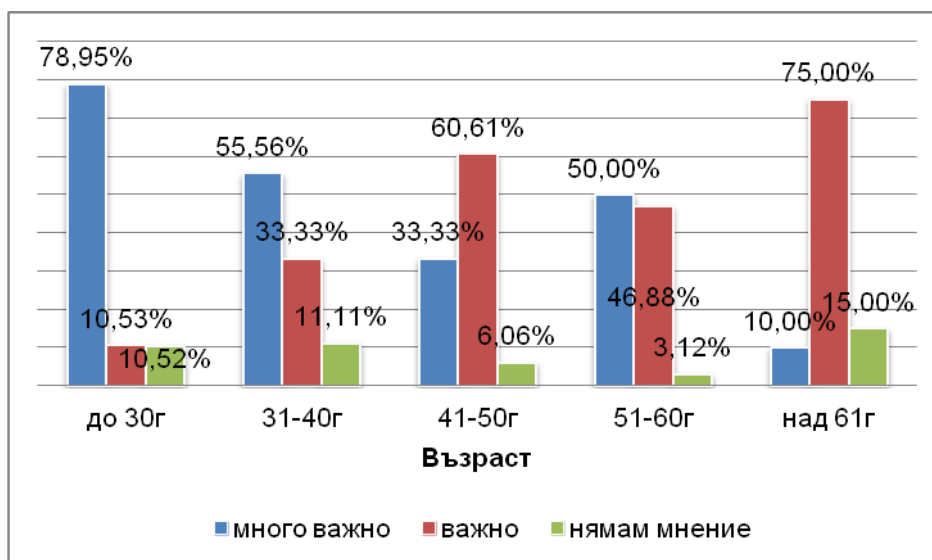
Немските студенти са добре подготвени по комуникация още по време на университетското обучение. *Интернет* остава един допълнителен източник, без да е основен. Това е добър индикатор, като се имат предвид срещащите се непрофесионални писания и публикации в мрежата.

При направения анализ на отговорите на българските респонденти се открие следната тенденция – лекарите са по-склонни да търсят информация в интернет, в дентални списания и литература, докато студентите по-често търсят такава при преподаватели в университета. Това дава добра насока по какъв начин може да се подобри обучението по комуникация в България. Следователно с нарастване значението на

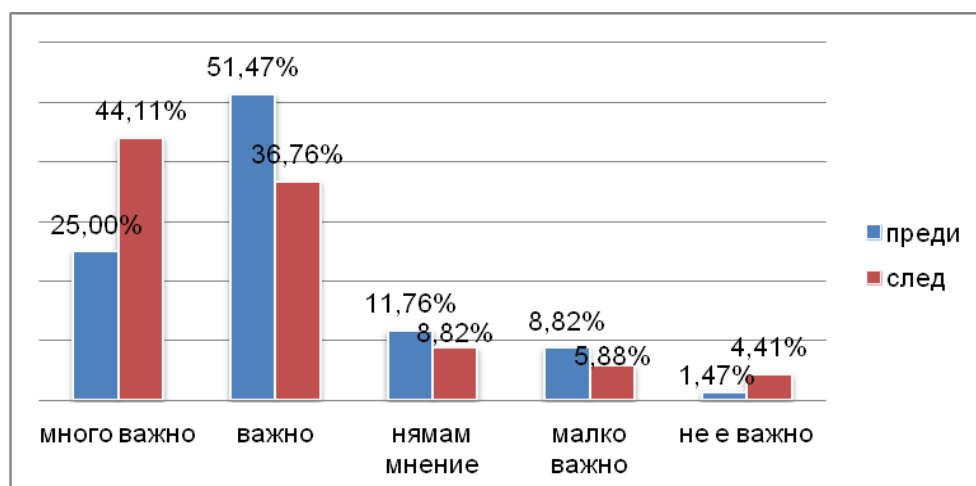
интернет и други дигитални източници за професионална информация, трябва да се развие и компетентността на денталните лекари и студенти за ползване на тези източници.

## 6. Проучване мнението на респондентите за значимостта на обучение в комуникативни умения и комуникацията в отделните етапи от лечението

Важно е лекарите да са добре информирани, защото комуникацията винаги има функцията да влияе. В унисон с това твърдение са данните, получени в Германия и България (фиг. 21) на въпроса “Важно ли е да се преподават комуникативни умения в денталната практика”. За повечето от българските лекари това е “много важно” или “важно”. Подобно е мнението и на 64,4% от немските им колеги. Сходни са и резултатите при групата на българските студенти, представени на фиг. 22, както и при немските студенти (65,2% *преди* обучение и 56,5% *след* обучение). Положителната настройка на българските студенти спрямо дисциплината се отразява и в отговора на въпроса дали “Комуникативни умения в денталната практика” трябва да бъде задължителна учебна дисциплина. За повечето студенти *преди* и *след* модула на обучение тя трябва да присъства в образователния план и то с най-малко 10 учебни часа. И лекари, и студенти са на мнение, че комуникацията е важна част от образователната програма ( $p > 0,05$ ;  $u = 1,85$ ) с цел подобряване комуникативните умения на младите лекари по дентална медицина.



**Фиг. 21.** Разпределение на отговорите на въпроса колко важно е преподаването на „Комуникативни умения в денталната практика” по време на следването според възрастта на денталните лекари



**Фиг. 22.** Разпределение на отговорите на въпроса колко важно е преподаването на „Комуникативни умения в денталната практика“ по време на следването **преди** и **след** обучение по комуникация

На въпроса „Кои теми в рамките на комуникацията в денталната практика би трябвало да изучават студентите по дентална медицина“ предварително бяха формулирани теми, от които анкетираните трябваше да избират с “да”, “може би” и “не”. Отговорите на денталните лекари са описани в таблица 7. Голямата част от тях считат, че *мотивацията на пациента и поведението при конфронтация* са теми, които студентите би трябвало да изучават. Интересно е, че малко повече от половината разпитани споделят, че *поведението към пациенти с болки* също трябва да е включено в модула по комуникация.

Отговорите на немските респонденти за това кои теми трябва да се преподават, се разпределят по следния начин:

- *поведение на денталния лекар при снемане на анамнеза* (82,3%);
- *съобщаване на информация* (81,0%);
- *подход към пациенти с болки* (81,0%);
- *правни аспекти* (74,7%);
- *подход към пациенти, изпитващи страх* (73,4%).

Следователно в отговорите на респондентите от двете проучвани извадки има съответствие, независимо от различията в обучението в двете страни.

**Табл. 7.** *Разпределение на отговорите на въпроса „Кои теми в рамките на комуникацията в денталната практика би трябвало да изучават студентите по дентална медицина?“*

Теми	Отговор							
	да		може би		не		Общо	
	n	p%±Sp	n	p%±Sp	n	p%±Sp	n	p%
снемане на анамнеза	97	74,62%±3,82	27	20,77%±3,56	6	4,62%±1,84	130	100
съобщаване на информация	95	73,08%±3,89	28	21,54%±3,61	7	5,38%±1,98	130	100
мотивация	110	<b>84,62%±3,16</b>	17	13,08%±2,96	3	2,31%±1,32	130	100
поведение при конфронтация	107	<b>81,68%±3,38</b>	20	15,27%±3,14	4	3,05%±1,50	131	100
подход към страхови пациенти	99	76,15%±3,74	29	22,31%±3,65	2	1,54%±1,08	130	100
подход към пациенти с дентофобия	93	71,54%±3,96	31	23,85%±3,74	6	4,62%±1,84	130	100
подход към пациенти с болки	89	67,94%±4,08	33	25,19%±3,79	9	<b>6,87%±2,21</b>	131	100
модели на взаимоотношение	95	72,52%±3,90	27	20,61%±3,53	9	<b>6,87%±2,21</b>	131	100
правни аспекти	99	75,57%±3,75	26	19,85%±3,48	6	4,58%±1,83	131	100
други	42	58,33%±5,81	17	23,61%±5,01	13	18,06%±4,53	72	100

При анкетираните студенти след преминаване на обучение по комуникация, броят на респондентите, които считат, че е важна темата *поведението на денталния лекар по време на снемане на анамнеза* нараства ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 13,08$ ). Подобни са резултатите и по отношение на: *начини за съобщаване на информация за лечението* - ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 9,66$ ); *подход към пациентите, изпитващи страх* ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2 = 5,78$ ); *правни аспекти* ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 12,18$ ) (Табл. 8).

Сходни са резултатите при немските студенти:

- *поведение на денталния лекар при снемане на анамнеза* от 95,0% на 100% след обучение по комуникация;
- *съобщаване на информация* от 87,0% на 100% след обучение по комуникация;
- *мотивация на пациента* от 52,2% на 82,6% след обучение по комуникация.

Обезпокоителни са данните от извадката на българските и немски студенти – *преди* обучение 65,15% от българските и 78,3% от немските респонденти са на мнение, че *правните аспекти* трябва да присъстват в обучението по комуникация. След обучение делът им значително намалява - съответно на 35,29% при българските студенти и на 4,3% при немските студенти. От една страна това може да се тълкува с небрежно попълнен въпросник, от друга страна с negliжиране или неразбиране на темата.

**Табл. 8. Разпределение на отговорите на студентите преди и след обучение по комуникация на въпроса “Кои теми трябва да се преподават по време на следване?”**

Теми	Отговори							
	Да		Може би		Не		Общо	
	преди	след	преди	след	преди	след	пре ди	сле д
	p%±Sp	p%±Sp	p%±Sp	p%±Sp	p%±Sp	p%±Sp	n	n
снемане на анамнеза	62,69%±4,18	<b>85,29%±3,04</b>	11,94%±2,80	38,24%±4,17	1,49%±1,05	0	134	136
съобщаване на информация	69,70%±4,00	<b>89,39%±2,68</b>	25,76%±3,81	6,06%±2,08	4,55%±1,81	4,55%±1,81	132	132
мотивация	64,18%±4,14	46,97%±4,34	31,34%±4,01	50,00%±4,35	4,48%±1,79	3,03%±1,49	134	132
поведение при конфронтация	62,69%±4,18	78,12%±3,65	29,85%±3,95	18,75%±3,45	7,46%±2,27	3,12%±1,54	134	128
подход към страхови пациенти	73,13%±3,83	<b>88,24%±2,76</b>	23,88%±3,69	11,76%±2,76	2,99%±1,47	0	134	136
подход към пациенти с дентофобия	73,91%±3,74	<b>82,35%±3,27</b>	23,19%±3,59	14,71%±3,04	2,90%±1,43	2,94%±1,45	138	136
подход към пациенти с болки	70,15%±3,95	67,65%±4,01	23,88%±3,68	25,00%±3,71	5,97%±2,05	7,35%±2,24	134	136
модели на взаимоотношение	71,88%±3,97	72,06%±3,85	17,18%±3,33	25,00%±3,71	10,94%±2,76	2,94%±1,45	128	136
правни аспекти	65,15%±4,15	35,29%±4,10	28,79%±3,94	50,00%±4,29	6,06%±2,08	14,71%±3,04	132	136
други	48,84%±5,39	30,77%±5,23	30,23%±4,95	46,15%±5,64	23,93%±4,39	20,08%±4,77	86	78



При съпоставка отговорите на лекари и студенти прави впечатление, че според голям дял от разпитаните *поведение на денталния лекар при снемане на анамнеза и начини на съобщаване на информация* задължително трябва да присъстват в обучението. Това е разбираемо, като се има предвид, че взаимоотношенията с пациента, изградени на доверие, започват с първоначалния разговор, а това, дали един пациент ще остане при даден лекар, се определя до голяма степен от това как лекарят комуникира с него. Положителен факт е, че студентите също оценяват важността на тези теми. От друга страна студентите считат, че *мотивация на пациента* може да присъства в обучението, но това не е задължително. Нормално е студентите да отговарят така. За разлика от денталните лекари, за тях мотивацията на пациента не е толкова важна, тъй като лечението на пациентите в студентските курсове не е в дългосрочен план, т.е. студентите не са заинтересовани да задържат пациента. *Правните аспекти* също играят важна роля, но едва когато лекарят има собствена практика. Затова тази тема се определя според студентите като не толкова важна.

## **7. Самооценка на поведението и комуникативните способности**

За по-комплексното изследване на поведението на студентите в клинична обстановка в анкетните карти беше дадена възможност за самооценка на поведението им по време на разговор с “трудни пациенти” (Табл. 9). Тези въпроси не присъстват в анкетните карти на денталните лекари. Отговорите бяха анализирани с помощта на *u*-теста на Стюдънт-Фишер. Налице са доказателства, че *след* обучение по комуникация студентите остават по-спокойни при общуване с “трудни пациенти” ( $p < 0,05$ ;  $u = 1,96$ ). Подобни резултати показва и проведеното в Германия изследване. Това сочи, че комуникативните умения в здравната сфера не са личностна черта, а по скоро серия от умения, които могат да се преподават, изучават и затвърждават. Не всички отговори, получени за останалите предварително формулирани реакции, показват статистическа значимост *преди* и *след* обучение, но е налице подобрене на самооценката на студентите след модула по комуникация при “Чувствам се достатъчно компетентен, за да се справя със ситуацията”, а делът на отговорилите с “Изнервям се” ( $p < 0,001$ ;  $u = 3,90$ ) и “Ядосвам се” ( $p < 0,01$ ;  $u = 2,63$ ) намалява. Тоест, *след* обучение студентите се чувстват по-сигурни във взаимоотношенията си с пациенти и се научават да владеят чувствата си, да се държат професионално.

Обезпокоителен е обаче сравнително високият дял положителни отговори в българската извадка *преди* и *след* обучение при следните ситуации:

- “Смятам, че не мога да се справя.”;
- “Бих искал да отпратя пациента възможно най-бързо.”;
- “Бързо ме обзема чувството, че не мога да се справя.”

Възможно обяснение е, че обучението по комуникация в българските медицински университети не е достатъчно ефективно. Това може да се дължи на брой часове, застъпени в програмата или липсата на симулационни игри с актьори-пациенти, които са лесен и ефективен метод

за обучение по комуникация. От друга страна, студентите все още не са се сблъскали с реалното ежедневие на денталната практика, където всеки пациент е важен за успеха на практиката и денталният лекар не може да си позволи да отпрати пациента бързо, а по-скоро трябва да намери адекватен подход към него.

**Табл. 9. Поведение на студентите при разговор с “трудни пациенти” преди и след обучение по комуникация – съпоставка на отговорите**

Поведение при разговор	Групи студенти	Брой	Mean (SD)	u	p
Оставам спокоен	преди обучение	136	4,63 (0,54)	1,96	<0,05
	след обучение	134	4,36 (1,01)		
Изнервям се	преди обучение	136	2,18 (1,05)	3,90	<0,001
	след обучение	126	2,95 (1,22)		
Ядосвам се	преди обучение	136	2,09 (0,99)	2,63	<0,01
	след обучение	124	2,60 (1,94)		
Смятам, че не мога да се справя	преди обучение	136	2,25 (1,37)	0,62	>0,05
	след обучение	120	2,40 (1,34)		
Чувствам се несигурен	преди обучение	136	2,26 (1,09)	1,55	>0,05
	след обучение	124	2,60 (1,32)		
Оптвам да се справя със ситуацията	преди обучение	136	4,63 (0,90)	0,86	>0,05
	след обучение	130	4,49 (0,99)		
Бих искал да отпратя пациента възможно най-бързо	преди обучение	136	2,54 (1,46)	0,59	>0,05
	след обучение	126	2,70 (1,53)		
Компетентен съм, за да се справя със ситуацията	преди обучение	136	3,97 (1,18)	0,79	>0,05
	след обучение	126	3,81 (1,15)		
Бързо ме обзема чувството, че не мога да се справя със ситуацията	преди обучение	136	1,99 (1,16)	1,61	>0,05
	след обучение	124	2,35 (1,41)		

На българските студенти също беше дадена възможност да оценят *общите си комуникативни умения*, както и комуникативните си умения при:

- *разговор с пациенти, изпитващи страх;*
- *пациенти с болки;*
- *нетърпеливи пациенти;*
- *несигурни пациенти;*
- *пациенти, които задават много въпроси.*

Субективната оценка не винаги е достоверна и евентуално тя би се различавала от оценката на способностите, направена от преподавател, но това не е включено в проучването. Не се наблюдава подобрене на оценката на собствените способности *след* проведено обучение по комуникация. Това евентуално говори за по-реалистични отговори след контакт с пациенти и възможно надценяване на собствените комуникативни способности *преди* обучение по комуникация. Изключение се наблюдава *при разговор с пациенти с болки* - студентите *след*

обучение се чувстват значително по-компетентни ( $p < 0,05$ ;  $u = 2,15$ ). Това е позитивно, защото тези пациенти се нуждаят от повече внимание и състрадателност, разговорът и отношението към тях са важни.

Интересно е, че почти няма студенти, които да оценяват уменията си *преди* обучение със “задоволителни” или “лоши”. Самочувствието на студентите *след* обучение се увеличава, т.е. те смятат, че са придобили комуникативни умения. Други изследвания също показват, че студентите са склонни да преоценяват собствените си умения. Този факт изисква университетските преподаватели да фокусират вниманието си върху тези умения на студентите, които с времето се влошават, ако не се изучават достатъчно и не се практикуват.

При немските студенти оценката на комуникативните способности значително се подобрява *след* проведеното обучение. Възможно обяснение за тези различия може да се търси в по-добре развитата и с утвърдени традиции система за обучение по комуникативни умения в Германия.

#### **8. Оценка мнението на студентите за изучаване на комуникативни умения с COMMUNICATION SKILLS ATTITUDE SCALE (CSAS)**

Последната част на анкетната карта за студенти съдържа стандартизирания въпросник Communication Skills Attitude Scale (CSAS). Целта на този въпросник е да оцени мнението на студенти по медицина за изучаването на комуникативни техники по време на следването.

Използваният от нас CSAS въпросник е български превод на немския въпросник, адаптиран за студенти по дентална медицина.

След статистическата оценка резултатите са представени в таблица 10.

**Табл. 10. Разпределение на отговорите на студентите преди и след обучение на модифицираната скала CSAS**

Изявления	Обучение	Брой n	$\bar{x}$ Sx	u	p
1. За да стана добър дентален лекар трябва да притежавам добри комуникативни умения.	преди	136	4,31	2,95	<0,004
	след	136	3,85		
2. Не виждам смисъл в изучаването на комуникативни техники.	преди	136	2,18	0,10	>0,05
	след	136	2,16		
3. Никои не е скъсан на държавни изпити заради лоши комуникативни умения.	преди	136	3,84	2,82	<0,006
	след	136	3,40		
4. Задълбочаването на комуникативните ми умения е също толкова важно, както и денталните ми такива.	преди	136	3,90	1,25	>0,05
	след	134	3,69		
5. Изучаването на комуникативни техники ми помага да разбирам и уважавам пациентите.	преди	136	3,59	0,43	>0,05
	след	136	3,51		
6. Нямам време да изучавам комуникативни умения.	преди	126	2,44	1,64	>0,05
	след	134	2,15		
7. Изучаването на комуникативни умения е интересно.	преди	130	3,82	0,05	>0,05
	след	134	3,81		
8. Нямам желание да посещавам семинари по комуникация.	преди	130	4,20	2,15	<0,034
	след	136	3,87		
9. Изучаването на комуникативни техники ми помага да подобря работата си в екип.	преди	124	2,84	0,66	>0,05
	след	134	2,73		
10. Изучаването на комуникативни техники ми помага да подобря комуникацията си с пациентите	преди	130	3,29	0,65	>0,05
	след	136	3,19		
11. Часовете по комуникативни техники показват явните неща и после ги правят по-сложни.	преди	130	3,17	0,12	>0,05
	след	134	3,15		
12. Изучаването на комуникативни техники ми е забавно.	преди	130	3,42	0,34	>0,05
	след	136	3,35		
13. Изучаването на комуникативни техники е лесно.	преди	120	2,50	-2,47	<0,015
	след	136	3,01		
14. Изучаването на комуникативни техники ми помага да уважавам повече колегите си.	преди	126	3,71	0,91	>0,05
	след	136	3,54		
15. Трудно ми е да имам доверие на преподавателите в този предмет, които не работят и клинично.	преди	126	3,44	0,48	>0,05
	след	134	3,36		
16. Изучаването на комуникативни способности ми помага да разбера по-добре правата на пациентите, по отношение на поверителността на информация и информираното съгласие.	преди	126	1,51	-3,38	<0,001
	след	134	2,03		
17. Изучаването на комуникативни техники би имало по-добър имидж, ако е научна дисциплина.	преди	126	2,22	-0,71	>0,05
	след	134	2,36		
18. Когато кандидатствах дентална медицина смятах, че изучаването на техники за комуникация е добра идея.	преди	130	3,74	0,41	>0,05
	след	134	3,67		
19. Не ми трябват добри комуникативни умения, за да бъда добър дентален лекар.	преди	130	3,20	1,20	>0,05
	след	130	2,97		
20. Трудно ми е да си призная, че имам проблеми с комуникацията.	преди	130	3,28	-1,21	>0,05
	след	134	3,46		

Изявления	Обучение	Брой n	$\bar{x}$ Sx	u	p
21. Според мен изучаването на комуникативни умения по време на следването е важно.	преди	130	2,42	-0,59	>0,05
	след	134	2,52		
22. Уменията ми да взимам изпити ще ми помогне повече да завърша следването си по дентална медицина, отколкото комуникативните ми способности.	преди	130	4,05	1,15	>0,05
	след	134	3,84		
23. Изучаването на комуникативни техники помага при изучаването на стоматологията.	преди	130	4,02	1,61	>0,05
	след	134	3,72		
24. Трудно ми е да вземам изучаването на комуникативни техники на сериозно.	преди	130	2,58	0,34	>0,05
	след	136	2,65		
25. Изучаването на комуникативни техники е важно, защото комуникацията е умение за цял живот.	преди	130	4,02	1,62	>0,05
	след	134	3,72		
26. Изучаването на комуникативни техники трябва да се прави от студенти по психология, а не по стоматологията.	преди	130	2,42	0,59	>0,05
	след	134	2,52		

Наблюдава се подобряване на отношението на студентите към комуникативните умения в определен аспект *след* завършване на модула по комуникация, но нараства и делът на негативно заредените твърдения. Резултатите също показват, че в продължение на академичното образование позитивната настройка на студентите спрямо изучаването на комуникативни умения намалява. За този феномен има различни обяснения. Някои автори предполагат, че по време на следването студентите по медицина и дентална медицина губят чувството си на емпатия, което от своя страна обяснява и по-ниското позитивно отношение към комуникацията. Това може да се дължи на факта, че с напредване на клиничното обучение, студентите насочват по-голямата част от вниманието си върху клиничните и технически умения. Освен това, с нарастване на клиничния опит, те се научават да не изграждат силни емоционални връзки със своите пациенти с цел запазване на обективност.

При анализ на българските отговори прави впечатление, че според студентите изучаването на комуникативни умения е лесно. Това може да се интерпретира като недооценяване на значението и сложността на комуникативните техники. Голяма част от респондентите отговарят, че добрите комуникативни умения не са задължителни за държавните изпити и не желаят да посещават семинари по комуникация (твърдение 3, 8). Така, делът на българските респонденти дали отрицателни отговори за комуникативните умения в скалата CSAS, е по-висок, което противоречи на получените в първата част на анкетната карта отговори. Сходни резултати са получени и в други изследвания. Това буди недоумение. Възможно е студентите да са дали недобросъвестни отговори, тъй като въпросникът е последен в анкетната карта. Известно е, че отговорите, дадени на въпроси за самооценка, не са сигурен и валиден инструмент за оценяване. Въпреки това, тези изказвания трябва да бъдат взети под внимание. Необходимо е още по време на университетското обучение студентите да разберат важността на комуникативните умения не само като учебен предмет, а като необходимост в ежедневната дентална практика.

Резултатите от немското проучване показват по-високи стойности на позитивните отговори, в съответствие с отговори, получени при CSAS в други университети. Позитивната настройка на студентите, свързана с обучението по комуникацията, пряко се свързва с желанието им за допълнително обучение и усъ-

вършенстване на уменията. Съответно негативно настроените към модула “Комуникация” студенти отделят по-малко внимание на комуникацията в практиката и притежават недостатъчни умения за разговор с пациента.

Настройката на студентите играе голяма роля при това как определен предмет на обучение ще бъде възприет. Следователно за преподавателите е важно да получат точна преценка как студентите оценяват модула “Комуникативни умения”, за да постигнат по-голям интерес към този предмет. Отрицателната настройка на студентите може да се дължи по-скоро на неефективно обучение по комуникация, отколкото на липсата на интерес. Ето защо модулът “Комуникация в денталната практика” трябва да бъде неотменна част от университетската програма, да бъде интересен, информативен, със съвременен подход и разнообразни програми за изучаване на комуникативни умения, да дава ясни насоки за воденето на разговор с пациента в клинична ситуация. Освен това обучението по комуникация трябва да бъде продължително, т.е. да присъства от началото до края на университетското обучение. Това намалява отрицателната настройка на студентите към изучаването на комуникативни умения, което е потвърдено от други актуални изследвания.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

С промяната на социалните дадености и разнообразието на обществото денталната медицина ще се променя. Изискванията към денталния лекар ще се увеличават, а с това и изискванията към обучението по дентална медицина. Студентите трябва да бъдат обучавани да работят в екип, да използват интердисциплинарна помощ, да поставят пациента в центъра на дадена терапия с цел постигане на холистично дентално лечение. На студентите трябва да се даде възможност да развият не само клинични, но и междуличностни и комуникативни умения. За тази цел университетите трябва да прилагат ефективни програми за обучение, изграждащи солидни клинични способности, но и т.н. soft skills. Модулите за обучение по комуникация трябва да са близки до клиничните условия, да са интерактивни, да използват актьори-пациенти, да създадат у студентите ясна визия за провеждане на разговор, да им дадат увереност, но и да ги научат на емпатия, за да се постигат по-добри клинични резултати.

## **ИЗВОДИ**

Резултатите от проведеното проучване позволяват да се направят следните изводи.

- 1.** Изследването потвърждава феминизирането на професията “Дентален лекар”.
- 2.** Денталните лекари в България практикуват по-често в амбулатория за индивидуална, а не в групова практика.
- 3.** Усвояването на комуникативни умения се оценява от българските лекари, студентите и пациенти като много важно условие за успешната връзка между лекар и пациент.
- 4.** Семейната среда и образованието играят важна роля в изграждане на връзката между лекар и пациент.
- 5.** Българските дентални лекари спазват морално-етичните принципи в работата си.
- 6.** При определени пациенти съществува необходимост от съвместна работа на денталния лекар с друг вид специалисти – напр. психолози.
- 7.** Българските студенти по дентална медицина не се чувстват достатъчно подготвени за водене на разговор с пациенти.
- 8.** Обучението по комуникация по време на следването трябва да се разшири и задълбочи, за да са готови денталните лекари да работят с различни групи пациенти - напр. “трудни пациенти”.
- 9.** Пациентите очакват обстоен разговор с денталните лекари.
- 10.** Информацията по темата “Комуникация в денталната практика” трябва да е лесно достъпна в различни форми - семинари, дентални списания, интернет публикации.



## ПРЕПОРЪКИ

1. На базата на проведеното проучване може да се твърди, че обучението по комуникация е необходимо. Препоръчва се учебният план по комуникативни умения в медицинските университети да се разшири и разнообрази.
2. Да се включи в продължаващото следдипломно обучение обучение по комуникация.
3. В българските университети да се използват повече интерактивни методи при преподаване на дисциплината „Комуникативни умения“.
4. Денталните лекари да акцентират на комуникацията в денталната практика.

## НАУЧНОПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ

Резултатите от дисертационния труд имат интегративен и интердисциплинарен характер. Това позволява изследване на психологическите и педагогическите, социалните и организационни аспекти на процеса на формиране на комуникативните умения у денталните лекари.

По-важните научни приноси от проучването са от методологичен, теоретичен и практико-приложен характер.

- 1) Направено е задълбочено изследване на нагласите за комуникация в денталната практика при студенти по дентална медицина в България.
- 2) Установени са връзките между фактори на комуникацията и ефективност на комуникативния процес. Акцентирането върху тези фактори при обучение в комуникативни умения би подобрило резултатите от терапевтичния процес.
- 3) Обобщени са изводи и препоръки за промени в учебния план на специалност „Дентална медицина“ с цел задълбочаване, разширяване и практическа ориентация на обучението по комуникативни умения.
- 4) Създаден е оригинален модел за провеждане на разговор в денталната практика, както и наръчник с основните понятия в комуникацията и отделните стъпки на разговора. Целта на този наръчник е да помогне на денталния лекар да изгради доверени и дългосрочни взаимоотношения със своя пациент.

## ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. „Communication skills in the dental practice: a review“, published 18.3.2016, Stoma Edu J
2. “Exploring the opinion of bulgarian dentists and students of dental medicine about the role of communication in the treatment of "difficult patients" in the dental practice”, published 22.10.18, Scholarly Journal of Psychology and behavioral Sciences
3. “Проучване мнението на български дентални лекари и студенти по дентална медицина за влиянието на семейна среда и образование върху комуникацията в денталната практика”, публикувана в Здравна политика и мениджмънт, 2019г., том 19, бр.2
4. “Exploring the opinion of Bulgarian dentists and students about the role of family environment and patient’s education on the communication in the dental practice”, Folia Medica, 2019, Vol 61
5. “Communication skills teaching methods in dental education: a review”, accepted for publication in Folia Medica, 12. 05. 2020
6. Участие с е-постер на Трета Национална Конференция по обществено здраве на БНДОЗ, 30. 5. 2019 г.-1. 6. 2019 г., гр.Пловдив