

УДК 378.047

Ю.С. УСТИМЕНКО,
*аспірант кафедри педагогіки та психології
Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ СТОМАТОЛОГІВ

У статті на підставі аналізу наукових розвідок вчених охарактеризовано особливості професійної взаємодії сучасного стоматолога, яка відрізняється розмаїттям суб'єктів, функцій, вимушеним характером; встановлено основні типи (кооперація, конкуренція), моделі (інженерна, колегіальна, контрактна, патерналістська) як ідеальні конструкції, стилі, тактики й технології професійної взаємодії в діяльності стоматолога; розкрито типи спілкування з суб'єктами процесу лікування (основний, допоміжний, оказіональний, фатичний). Акцентовано на провідних стратегіях поведінки стоматолога (співпраця, протидія, компроміс, поступливість, уникнення).

Ключові слова: професійна взаємодія стоматологів, типи, моделі, стилі професійної взаємодії.

Постановка проблеми. Модернізація вищої освіти України, в тому числі і медичної, полягає у коадаптації як національної, так і європейської систем вищої освіти, що має оптимізувати якість підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог. На сьогодні випускники медичних вишів, зокрема стоматологи, мають глибоко розуміти роль професійної взаємодії у професійних, ділових, наукових сферах і ситуаціях; вільно організовувати процес взаємодії з хворими, колегами, керівниками, лікарями різних спеціальностей, медсестрами і людьми, що не мають відношення до медицини; володіти тактиками, стратегіями, прийомами ведення професійно спрямованого діалогу, аргументувати правильність власних висловлювань.

Аналіз досліджень і публікацій. У наукових працях з педагогіки й психології помітне посилення уваги дослідників до питань професійної взаємодії, яка конкретизує взаємозв'язок особистості і професії, виявляє ті фактори, які опосередковують відносини індивідів у професійній діяльності (Т. Анісімова, Є. Головаха, Н. Паніна, А. Петров та ін.). Вчені акцентують увагу на самому феномені «професійна взаємодія», виявленні її типології та особливостей, вимог до учасників взаємодії, засобів впливу суб'єктів під час взаємодії, умов її реалізації. Науковці свідомі того, що професійна взаємодія є основою і умовою встановлення найрізноманітніших відносин у професійному середовищі. Питання підготовки майбутніх спеціалістів до професійної взаємодії як передумови їх успішної професійної діяльності та особистісно-професійного розвитку досліджувалися значною когортою дослідників (В. Биков, І. Булах, Л. Долинська, Г. Костюк, В. Семиченко, В. Сластьонін та ін.). Психологічні аспекти взаємодії розкриваються О. Бодалєвим, А. Добровичем, О. Ковальовим та ін. Значне місце у психологічних та педагогічних дослідженнях посідає питання стратегій взаємодії, яке розглянуто в працях Г. Балла, І. Бега, І. Гапійчук, І. Зимньої, М. Кагана, Г. Ковальова та ін. Зазначені погляди стали вагомими для розуміння професійної взаємодії стоматологів.

Метою цієї статті є розкриття основних типів, стилів, психологічних особливостей професійної взаємодії в діяльності стоматолога.

Виклад основного матеріалу. Мистецтво взаємодії стоматолога з пацієнтом – дуже складний, багатограний і різносторонній процес, де лікар виступає не тільки як фахівець, який використовує свої знання і досвід для лікування, реабілітації та підтримки здоров'я пацієнта, але й як людина, яка аналізує процес лікування пацієнта в контексті морально-

етичних, культурних, релігійних цінностей. Зміни в інфраструктурі охорони здоров'я та стоматології зокрема поділили заклади стоматологічної допомоги на державні та недержавні. Перехід до платного стоматологічного лікування потребував суттєвих змін видів, тактики, стилю взаємодії з пацієнтами, нових технологій спілкування й взаємодії, що дозволяють уникнути психологічного дискомфорту (О. Кисельова [6]). У зв'язку з цим серед лікарів з професійної та етичної точки зору стала зростати конкуренція, «боротьба» за пацієнтів.

Характеризуючи особливості професійної взаємодії сучасного стоматолога, варто зазначити, перш за все, її розмаїття. Лікарю доводиться взаємодіяти з пацієнтами, їх родичами і найближчим оточенням і, звичайно ж, з колегами, узгоджуючи дії, розподіляючи функції або впливаючи на настрій, поведінку, переконання співрозмовника. Суб'єктами взаємодії стоматолога також є й керівники стоматологічних установ, працівники фірм, які займаються стоматологічним устаткуванням та ін. При цьому стоматолог виконує розмаїття функцій залежно від тієї ролі, яку він виконує. Так, Е. Акаєва, О. Басманова, Н. Морозова, І. Минаєва, Е. Дехтярьова, Л. Касенова, А. Коробкова та ін. зазначають, що в ситуації прийому лікар-стоматолог виконує ряд функцій: діагноста, психотерапевта, організатора, менеджера, лікаря, рекламного агента та ін., виконання яких в стислий термін за умови наявності високої відповідальності за якість і результат стоматологічних маніпуляцій, адресованих пацієнтові, може створювати стресогенне середовище. Залежно від реалізації тієї чи іншої функції лікарю-стоматологу необхідно надавати пріоритет певному типу комунікативного наміру: запит інформації, вираження думки (думок, порад), рекомендація, роз'яснення, вираження поінформованості (необізнаність), вираження нерішучості (сумніви, довід), аргументація, висловлення інтересу, навіювання (переконання, підбадьорення), попередження, вираження співчуття, співпереживання, припущення, заспокоювання (завірення, намір, дозвіл), відмова у дозволі, похвала, вираження надії та ін. На цьому наполягають К. Беррі, Л. Богданова, С. Коваль, Н. Кудрява, О. Уколова, М. Мусохранова та ін.

Як зазначено у наукових працях (О. Алферова, Р. Витч, Н. Магазаник, А. Метса, М. Нарійчук, В. Сабурова, О. Уваркіна та ін.), професійна взаємодія стоматологів характеризується відповідними типами спілкування й взаємодії, стилями й тактикою взаємодії.

Так, ураховуючи провідну мету професійної діяльності стоматолога, Л. Богданова, О. Ісаєва, В. Казакова, А. Кіпіані, А. Орлов та ін. виділяють кілька типів його спілкування з іншими суб'єктами процесу лікування (хворі, їхні родичі, медичний персонал) як основи їх професійної взаємодії, могутнього засобу впливу на моральний і психічний стан хворих та їх родичів, який є невід'ємною частиною успішного лікування: *основне* (протікає під час виконання стоматологом своєї професійної діяльності (тобто в процесі лікування пацієнтів), і збігається з професійними діями лікарів у рамках вирішення ними медичних завдань, при з'ясуванні анамнезу, в ході дослідження стану здоров'я хворого, його огляду, лікування, спостереження тощо), *допоміжне* (використовується в процесі супутнього лікування, при обміні інформацією з колегами щодо методів лікування, при ознайомленні з думкою інших фахівців-медиків з різних медичних питань, під час зустрічей і консультацій з родичами хворих; має характер окремих мовних дій (тобто періодичної вербальної взаємодії), *оказіональне* (супроводжує основну роботу стоматолога, наприклад, при виконанні хірургічних операцій мова допомагає виконувати необхідні фізичні дії, координувати поведінку учасників медичних маніпуляцій; воно уривчасте, впливає й тісно пов'язане з невербальними діями лікаря, становить єдине ціле з ними; репліки лікаря нерідко складаються з одного слова («Скальпель!») і *фатичне* спілкування (має своєю метою відвернути хворого від тривожних думок, страхів, переживань, пов'язаних з проведенням болючих процедур, оперативного втручання; покликане зняти нервову напругу у хворого; передбачає підбадьорювання партнерів, пацієнта, жартування, позитивно впливає на емоційну сферу пацієнта і сприяє кращому взаєморозумінню учасників процесу професійної діяльності) (В. Бойко [1], Н. Бондаренко [2]). Зрозуміло, що стоматолог з метою організації ефективної взаємодії має володіти всіма зазначеними типами спілкування, провідною метою якого є встановлення взаєморозуміння лікаря і пацієнта. Тому головна лікарська заповідь «*Primum non nocere*» по суті акумулює в собі базові цінності стоматолога, має поширюватися не лише на його власне лікарську практику, але й на практику взаємодії.

Щодо типів професійної взаємодії стоматологів, то найбільш поширеним І. Герасимович, Ю. Болдырев [4] вбачають дихотомічний розподіл: *кооперація* (взаємодія, за якої її суб'єкти досягають взаємної угоди щодо переслідуваних цілей і прагнуть не порушувати її, доки збігаються їхні інтереси) і *конкуренція* (взаємодія, яка характеризується досягненням індивідуальних або групових цілей та інтересів в умовах протистояння між людьми). В обох випадках як тип взаємодії (співробітництво чи суперництво), так і ступінь вираженості цієї взаємодії (успішна або менш успішна співпраця), визначають характер міжособистісних відносин в системі «стоматолог – пацієнт».

У процесі здійснення цих типів взаємодії, як правило, виявляються такі провідні стратегії поведінки: *співпраця* (спрямована на повне задоволення учасниками взаємодії своїх потреб (реалізується або мотив кооперації, або мотив конкуренції); *протидія* (передбачає орієнтацію на свої цілі без урахування цілей партнерів спілкування); *компроміс* (реалізується в приватному досягненні цілей партнерів заради умовної рівності); *поступливість* (передбачає жертвування власними інтересами для досягнення цілей партнера); *унікнення* (являє собою відхід від контакту, втрату власних цілей для виключення виграшу іншого). І тут варто згадати про те, що сучасний стоматологічний прийом традиційно ведеться в «чотири руки». Від сформованих взаємин між лікарем і його асистентом залежать не тільки емоційний настрій і підхід до справи, але і здоров'я пацієнта.

Вагомими для дослідження стали погляди американського біоетика Роберта Витча [3], який виділив чотири моделі взаємодії в системі «лікар-пацієнт», які цілком є дійовими і для стоматологів:

– *інженерна*. В рамках цієї моделі пацієнт сприймається лікарем як безособовий механізм. Завдання лікаря – виправлення відхилень у несправному фізіологічному механізмі з використанням таких методів діагностики, як біохімічні, біофізичні, рентгенологічні та ін. Основним недоліком цього типу відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу поваги прав і гідності особистості. Пацієнт не бере участі в обговоренні процесу лікування. У сучасній медицині лікар дійсно взаємодіє з пацієнтом як вузький фахівець і виконує чисто технічні функції. Етична некоректність ставлення до пацієнта як до несправного механізму тут компенсується відповідальністю самого пацієнта за кінцеве прийняття рішень;

– *колегіальна*. У цій моделі відносини між медичним працівником і пацієнтом будуються на визнанні рівних прав обох сторін у прийнятті рішення щодо діагностики та лікування наявного захворювання. Пацієнт може повною мірою використовувати своє право на вибір форм і обсягів впливу на стан свого здоров'я. Лікар і пацієнт бачать один в одному колега, які прагнуть до спільної мети – ліквідації хвороби та захисту здоров'я пацієнта. Саме в цій моделі довіра між лікарем і пацієнтом відіграє вирішальну роль. Колегіальні відносини найбільшою мірою сприяють виконанню лікарем своїх обов'язків відповідно вимог біомедичної етики. На процес лікування негативно можуть впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Є найбільш ефективною при хронічних захворюваннях;

– *контрактна*. Взаємодія лікаря і пацієнта базується на принципах договору. Пацієнти укладають договір на медичне обслуговування з лікувальним закладом або через страхову компанію. Кожна сторона несе свої зобов'язання, і кожна досягає своєї вигоди. У відносинах, базованих на контракті, лікар усвідомлює, що у випадках значущого вибору за пацієнтом має зберігатися свобода керувати своїм життям і долею. Якщо такі відносини для лікаря або пацієнта не є прийнятними, то контракт або розривається, або не укладається. У цій моделі відносини будуються на основі взаємної довіри. Якщо довіра втрачається, то і контракт розривається. За цією моделлю дотримуються принципи свободи, особистої гідності, чесності, виконання зобов'язань і справедливості;

– *пастирська (патерналістська)*. Поняття «патерналізм» (від лат. Pater – батько) означає такий тип взаємодії між людьми, за якого одна сторона виступає в ролі більш досвідченого, компетентного, того, хто піклується про благо іншого, а друга – повністю приймає верховенство першої і безумовно підпорядковується їй. За такого типу міжособистісних відносин в системі «лікар-пацієнт» подібні відносинам священика і прихожанина або батька і дитини, наставника і підопічного; базуються на любові, милосерді, турботі, благодіянні і справедливості, дотриманні морального принципу: «Надаючи пацієнтові допомогу,

не нанеси йому шкоди». За такого підходу пацієнт повністю довіряє прийняттю рішень щодо свого здоров'я лікарю, який в даний момент займається його проблемами зі здоров'ям. Ця модель залишається широко поширеною в сучасній медичній практиці в зв'язку з розмаїттям психологічних особливостей пацієнтів.

Медичний патерналізм передбачає, що лікар може спиратися лише на власні судження про потреби пацієнтів в лікуванні, інформуванні, консультуванні. Позиція патерналізму дозволяє виправдовувати примус пацієнтів, їх обман або приховування від них інформації на підставі того, що це робиться (з точки зору лікаря) в ім'я їх блага.

Яку модель взаємин обирають пацієнти стоматологічної практики? Якої позиції вони дотримуються, будучи споживачами стоматологічних послуг? Дані проведеного опитування свідчать, що пацієнти частіше обирають патерналістську модель (49 (39,2%) пацієнтів основну роль у лікувальному процесі віддають лікарю). Патерналістські настрої більшою мірою притаманні пацієнтам, поведінка яких формується на основі низького рівня компетентності в питаннях медицини, ціни і лікарських засобів. Проте медичний патерналізм можна виправдати з погляду концепції лікарського гуманізму: ставлення до хворого з позиції милосердя, особливо тоді, коли хворий персоніфікує страждання, безпорадність. 48 (38,4%) респондентам для прийняття рішення щодо лікування, необхідна допомога лікаря у вигляді поради або консультації (інтерпретаційна модель). При цьому автономія пацієнта полягає не лише у свободі вибору, але й розумінні аргументів на користь правильного вибору. 28 (22,4%) пацієнтів бажають самостійно обирати вид медичної допомоги та контролювати процес лікування. У цьому випадку реалізується інформаційна модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Отримані дані свідчать про наявність у пацієнтів високої довіри до лікаря-стоматолога, впевненості в його професійній компетентності, незважаючи на те, що самі пацієнти все більше позиціонують себе як активні споживачі стоматологічних послуг.

В. Сабурова, аналізуючи зазначені моделі, вважає їх ідеальними конструкціями. Реальний вибір того чи іншого типу відносин визначається особливостями особистості лікаря, конкретною ситуацією стану хворого, характером медичної допомоги [8]. За умови урахування біографічного плану захворювання виокремлюють такі моделі взаємовідносин лікар – пацієнт: *відносини до пацієнта в гострому періоді захворювання* (хворі можуть бути пасивними учасниками взаємин лікар – пацієнт; основне завдання лікаря – вилікувати пацієнта і як можна швидше повернути до колишнього способу життя), *відносини до хронічних хворих* (їх спосіб життя змушує бути компетентними і створювати групи взаємодопомоги; основне завдання лікаря – реалізувати принципи рівноправності і взаєморозуміння у процесі лікування), *інвалідів* (інваліди можуть бути компетентними та некомпетентними щодо свого захворювання; завдання лікаря – пристосувати пацієнта до умов інвалідності, але не залишити прикутим тільки до свого ліжка або кімнати) і *вмираючих* (завдання лікаря – забезпечити знеболювання, догляд, моральну підтримку і гідне вмирання).

Розвиток нових медичних технологій, зміна характеру сучасної стоматології призвели до того, що на сьогодні пацієнт стоматологічних клінік прагне стати рівноправним суб'єктом взаємовідносин у системі охорони здоров'я та отримувати високоякісну стоматологічну допомогу, що відповідає сучасним світовим стандартам, що стосуються не тільки технологічних нововведень і матеріалів, але і технологій соціальних взаємодій з медичним персоналом. Тому лікар має вміти будувати взаємодію на основі конструктивного діалогу та полілогу. Слово стоматолога є свідченням його милосердя, чуйності, загальної культури й освіченості; воно здатне повернути пацієнтові втрачену гармонію з навколишнім світом. Даний аспект зазначено в працях деяких науковців [5; 6; 7; 9].

Діалог з хворим – це бесіда обопільно зацікавлених людей, мета яких – перемогти недугу. Є двостороннім обміном інформації між стоматологом та пацієнтом у вигляді запитань і відповідей, коли репліка-стимул спонукає співрозмовника до відповіді або дії, а репліка-реакція лунає у відповідь. Так, завдяки постійній зміні ролей відбувається процес взаємодії. Основними ознаками діалогу визначено намір, цілеспрямованість, правила ведення розмови. Умовою її здійснення є безпосередній контакт співрозмовників, кожен з яких по чергово слухає, говорить. Діалог вимагає від лікаря певних зусиль, нервових витрат, адже треба залишатися доброзичливим, невимушеним, толерантним під час взаємодії із тривожним, виснаженим хворим, якого можуть відштовхнути або налякати навіть темп, ви-

сота звучання голосу стоматолога, інтонація, тембр голосу, вираз обличчя, жести. Лікар має правильно говорити про хворобу, презентувати інформацію так, щоб вона сприяла не погіршенню, а поліпшенню стану хворого. Для пацієнта все це є джерелом інформації, яку він потім прискіпливо аналізує, щоб винести вирок: довіряти чи ні.

Крім зазначеного, взаємодію стоматолога (як і будь-якого лікаря) і пацієнта можна назвати вимушеною, тому що основним мотивом зустрічі стає поява у одного з учасників взаємодії проблем зі здоров'ям. З боку лікаря «вимушеність» взаємодії обумовлена його професією. Якщо звернення пацієнта до стоматолога диктується пошуком допомоги, то зацікавленість лікаря в пацієнті пояснюється міркуваннями професійного обов'язку і зростання, а також матеріальним підкріпленням (заробітною платою). Стоматолог, як правило, мотивований на зустріч з пацієнтом, оскільки від цього залежить його професійна кар'єра і становище в суспільстві. Інтерес учасників взаємодії з діагностичною або лікувальною метою формується, найчастіше, на негативному емоційному тлі, зумовленому тим, що приводом для зустрічі лікаря і пацієнта стає проблема зі здоров'ям.

Таким чином, взаємодія «стоматолог-пацієнт» («лікар-пацієнт») здійснюється згідно з такою схемою:

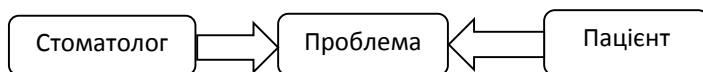


Рис. 1. Схема взаємодії «стоматолог-пацієнт»

Щодо стилів взаємодії, то цікавим для нас виявилось дослідження О. Кисельової [6], яка виділила індивідуальні стилі роботи лікарів-стоматологів і моделі взаємодій лікарів з дітьми в стоматологічних клініках різної форми власності. За результатами дослідження дослідницею виявлено чотири стилі взаємодії: «позитивний», «негативний», «мовчазної майстерності», «батого і пряника». Оптимальним для стоматології дитячого віку дослідниця вбачає «позитивний» стиль із середнім рівнем мовленнєвої активності лікаря.

Розглядаючи різні аспекти професійної взаємодії стоматологів, не можна обійти питання щодо тактик (сукупність комунікативних прийомів, вибір та послідовність мовленнєвих актів на певному етапі взаємодії; становить одну або декілька мовленнєвих дій у межах обраних стратегій) і стратегій (когнітивний процес, «сукупність теоретичних ходів»; контроль і вибір дійових ходів спілкування і гнучкої їх видозміни в конкретній ситуації, тобто оптимальна реалізація інтенцій мовця щодо досягнення конкретної мети спілкування), якими лікарі послуговуються у фаховій діяльності. Стратегії вирізняються «гнучкістю та динамікою», зазнаючи постійних змін та доповнень у процесі взаємодії [7, с. 9]; вони підпорядковують тактику.

Аналіз наукових праць (О. Гайдаєнко, М. Лісовий, Г. Набродов, А. Филозоп, М. Нурматова) показав, що вчені акцентують увагу на тому, що лікар-стоматолог має володіти різними стратегіями й тактиками взаємодії, які дозволяють планувати майбутню розмову, брати на себе ініціативу в бесіді, організовувати цілісний контакт, надавати взаємодії особистісного характеру, врегульовувати конфліктні ситуації, пропонувати спільні дії, а отже, ефективно впливати на об'єкт, на який спрямоване мовлення, наприклад, вдале привернення уваги, з'ясування і передавання інформації, підтримання контакту, обговорення, узгодження, переконання, провокування, приведення до певного емоційного стану тощо. Під ефективним впливом під час взаємодії розуміють досягнення запланованого регулятивного впливу – цілеспрямованого зрушення в системі орієнтирів адресата», тобто досягнення комунікативних цілей спілкування. Ззовні це виявляється у певній стратегії поведінки, тобто стратегії комунікативного регулювання професійної взаємодії, яка залежить від того, яку роль відіграє лікар-стоматолог, яка все частіше змінюється на роль консультанта, радника або компетентного експерта-професіонала, який допомагає пацієнтові прийняти остаточне рішення та інформує його про стан здоров'я, користь і можливий ризик можливих втручань.

Як окремий пласт можна виокремити наукові праці (К. Берри, С. Герасименко, Л. Лещинський та ін.), які акцентують на тому, що характер професійної взаємодії визначається певними специфічними психологічними особливостями, які варто враховувати у процесі

діяльності: монотонність і необхідність роботи в замкнутому просторі з контингентом людей викликають проблеми зі здоров'ям, відчувають біль, негативно емоційно налаштовані, зазнають страх і тривогу; значні психоемоційні навантаження, постійні стресові ситуації, дефіцит часу й уваги; необхідність співпраці з пацієнтом, який, як правило, не володіє знаннями в галузі стоматології і не може належною мірою адекватно оцінити процес, результат і прогноз стоматологічної допомоги; необхідність робити висновки за умови обмеженого обсягу інформації, високої частотності й інтенсивності інформаційного пошуку.

Крім зазначеного, в діяльності лікаря-стоматолога не все визначається його професійними можливостями. Він часто стикається з необхідністю визнання того факту, що не все може змінити людина за власним бажанням. З іншого боку, лікар-стоматолог змушений швидко і самостійно приймати рішення, брати на себе відповідальність і віддавати собі звіт в тому, що його професійні дії можуть мати далекосяжні наслідки для пацієнта.

Організація стоматологом професійної взаємодії має урахувати оновлену свідомість сучасного пацієнта, в якій виникли нові образи стоматологічних послуг, моделі відносин лікаря і пацієнта, етичних та естетичних аспектів стоматологічної практики, яка відповідає всім новітнім тенденціям сучасного суспільства. А отже, він мотивований на реалізацію свого права отримати високий рівень обслуговування і сучасного стоматологічного сервісу. Тому під час організації взаємодії лікаря доводиться урахувати основні мотиви, які спонукають хворого до взаємодії саме з цим стоматологом, якими можуть бути усвідомлена чи підсвідома потреба в пораді, заспокоєнні, консультації, соціальному спілкуванні й, нарешті, природна потреба виговоритись і тим самим полегшити свій душевний стан. Зважаючи на зазначене, взаємовідносини з пацієнтом мають будуватися залежно від його віку, професії, загального культурного рівня, характеру, настрою, важкості та особливостей захворювання. Всі заходи щодо лікування хворого та догляду за ним мають здійснюватися спокійно, чітко, охайно, не дратуючи його, не завдаючи йому болю, в жодному разі не принижуючи його людську гідність. Потрібно враховувати зазвичай властиве пацієнтам відчуття незручності, досади в зв'язку зі своєю неспроможністю та залежністю.

На підставі аналізу наукових праць з'ясовано, що важливою умовою встановлення взаєморозуміння між стоматологом та пацієнтом є *відчуття підтримки*. Якщо хворий усвідомлює, що лікар налаштований допомагати, а не змушувати, то він активніше буде брати участь у процесі лікування. Якщо лікар виявляє розуміння, людина впевнена, що її скарги почуті та зафіксовані лікарем. *Ловага* – це ще одна із особливих умов взаєморозуміння, вона передбачає визнання цінності людини як особистості. Особливо важливо розуміти це під час збору анамнезу. Ключем до встановлення співробітництва з пацієнтом є *співчуття*. Треба зуміти поставити себе на місце хворого та подивитися на світ його очима. Важливо розуміти та враховувати внутрішню картину захворювання – все, що відчуває та переживає пацієнт.

Ефективність діяльності стоматолога залежить переважно від задоволеності пацієнта наданою послугою і сприятливого враження від процесу взаємодії з лікарем – запоруки встановлення довготривалих відносин.

Спілкуючись з пацієнтом, лікар як педагог найбільш повно реалізує принцип «зцілення через осмислення» та відоме всім клініцистам поняття, що хворого потрібно не тільки лікувати, але й навчати та виховувати. Значення педагогічної психотерапії було докладно описано в працях В. Бехтерева та В. М'ясищева.

Аналіз наукових праць дозволив виявити, що дослідники зазначають, що найпоширенішими *причинами непродуктивної взаємодії стоматолога і пацієнта* є: неправильний початок розмови, недостатнє її структурування, неправильне закінчення бесіди, відсутність уміння говорити влучно, точно й коротко, нездатність активно слухати, незрозуміла манера говоріння, невідповідність умов бесіди оптимальним, нечітка дикція, неврахування інформації про індивідуальність пацієнта, використання узагальнень, регламентування замість мотивування, допущення фраз, що блокують розмову, невикористання фраз, що сприяють розвитку бесіди; невміння лікаря урахувати індивідуальні психологічні особливості пацієнтів, їх внутрішній стан під час хвороби та ін. Так, Г. Носачев, В. Павлов, Г. Микиртічан, А. Лихтшангоф, Т. Стефан зазначають, що якщо у пацієнта є психовегетативні порушення, соматичні захворювання, а також знижений рівень загальної культури, це може призвести в певних ситуаціях до виникнення конфліктів між пацієнтом і медичним персоналом, які

можуть виникати як до проведеного лікування (в процесі реєстрації з адміністратором клініки), так і в процесі лікування та реабілітаційного періоду.

У процесі лікування можуть відбуватися конфлікти з різних причин. Конфліктогенним слід визнати і процес постановки діагнозу і вибору методу лікування, коли конфліктна ситуація зароджується в процесі інформування пацієнта про стан його здоров'я, необхідність проведення конкретних процедур і маніпуляцій, під час отримання згоди пацієнта на лікування. Фінансове питання також може стати об'єктивною причиною конфлікту між пацієнтом і лікарем або пацієнтом і адміністрацією стоматологічної поліклініки, якщо на об'єктивну причину впливає суб'єктивний фактор: недоумовленість при інформуванні пацієнта про вартість тих чи інших проведених маніпуляцій або відсутність довіри до лікаря в питаннях реальної вартості наданих стоматологічних послуг.

Висновки та перспективи подальших наукових розвідок. Підсумовуючи, зазначимо, що на підставі аналізу наукових розвідок вчених встановлено основні типи, стилі, тактики й технології професійної взаємодії в діяльності стоматолога, виявлено психологічні особливості професійної взаємодії, причини непродуктивної взаємодії стоматолога і пацієнта. Щодо подальших наукових розвідок, то ці доробки є засадничими для обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії методами інтерактивного навчання.

Список використаних джерел

1. Бойко В.В. Физический дискомфорт на стоматологическом приеме: формы, выявление, преодоление / В.В. Бойко. – СПб.: Сударыня, 2003. – 80 с.
2. Бондаренко Н.Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность / Н.Н. Бондаренко. – М.: Медицинская книга, 2004. – 96 с.
3. Витч Роберт. Модели взаимоотношения врач–пациент. – [Электронный ресурс] / Роберт Витч. – Режим доступа: <http://videoinet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931>
4. Герасимович И.С. Основные принципы и психология общения врача-стоматолога с пациентами стоматологической клиники. Техника мотивации пациентов к комплексному лечению заболеваний полости рта: учеб.-метод. пособие / И.С. Герасимович, Ю.А. Болдырев. – Екатеринбург: [б. и.], 2000. – 368 с.
5. Золотухін Г.О. Фахова мова медика: навчальний посібник / Г.О. Золотухін, Н.П. Литвиненко, Н.В. Місник. – К.: Здоров'я, 2001. – 392 с.
6. Киселева Е.Г. Формирование долгосрочных взаимоотношений стоматологов с детьми и родителями для профилактики и лечения стоматологических заболеваний: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Елена Генриховна Киселева. – М., 2006. – 281 с.
7. Лісовий М.І. Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / М.І. Лісовий. – Вінниця, 2006. – 16 с.
8. Сабурова В.И. Особенности преподавания биоэтики студентам-иностранцам в Российском государственном медицинском университете: лекции для студентов РГМУ [Электронный ресурс] / В.И. Сабурова. – Режим доступа: <http://orthomed.ru/archive/kbe/pub/pub.htm>
9. Формановская Н.И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход / Н.И. Формановская. – М.: Русский язык, 2002. – 216 с.

References

1. Vojko, V.V. (2003). *Fizicheskij diskomfort na stomatologicheskom prieme: formy, vyjavlenie, preodolenie* [Physical discomfort in the dental reception: form, identifying and overcoming]. SPb. Sudarynja Publ., 80 p. (In Russian).
2. Bondarenko, N.N. (2004). *Stomatolog i pacient: prava, objazannosti, otvetstvennost'* [The dentist and the patient: the rights, duties, responsibility]. Moscow, Medicinskaja kniga Publ., 96 p. (In Russian).
3. Vitch, R. *Modeli vzaimootnoshenija vrach-pacient*. [Models the relationship 'doctor-patient']. Access mode: <http://videoinet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931> (Retrieved on 02.11.2015). (In Russian).

4. Gerasimovich, I.S., Boldyrev, Ju.A. (2000). *Osnovnye principy i psihologija obshhenija vracha-stomatologa s pacientami stomatologicheskoy kliniki. Tehnika motivacii pacientov k kompleksnomu lecheniju zabolevanij polosti rta* [The basic principles of psychology and communication of a dentist with patients in a dental clinic. Technique to motivate patients to comprehensive treatment of oral diseases]. Ekaterinburg, 368 p. (In Russian).

5. Zolotukhin H.O., Lytvynenko, N.P., Misnyk, N.V. (2001). *Fakhova mova medyka* [Professional medical language]. Kyiv, Zdorov'ia Publ., 392 p. (In Ukrainian).

6. Kiseleva E.G. (2006). *Formirovanie dolgosrochnyh vzaimootnoshenij stomatologov s det'mi i roditeljami dlja profilaktiki i lechenija stomatologicheskikh zabolevanij* [Formation of long-term relationships of dentists with children and parents in the prevention and treatment of dental diseases]. *Thesis. Doct. med. nauk: 14.00.21*. [Thesis. Dr. med. Sciences: 14.00.21]. Moscow, 281 p. (In Russian).

7. Lisovyj, M. I. (2006). *Formuvannia profesijnoho movlennia majbutnikh medychnykh pratsivnykiv u vyschykh medychnykh navchal'nykh zakladakh: avtoref. dys. na zdobuttia nauk. stupenia kand. ped. nauk: 13.00.04 'Teoriia i metodyka profesijnoi osvity'* [Formation of professional broadcasting future medical workers in medical schools: Synopsis. Dis.Cand. of Sciences in speciality 13.00.04 'Theory and Methods of Professional Education']. Vinnytsia, 16 p. (In Ukrainian).

8. Saburova, V.I. *Osobennosti prepodavanija biojetiki studentam-inostrancam v Rossijskom gosudarstvennom medicinskom universitete: lekciï dlja studentov RGMU* [Peculiarities of teaching bioethics to foreign students in the Russian State Medical University: lectures for students of RSMU]. Access mode: <http://orthomed.ru/archive/kbe/pub/pub.htm> (Retrieved on 17.08.2015). (In Russian).

9. Formanovskaja N.I. (2002). *Rechevoe obshhenie: kommunikativno-pragmaticheskij podhod* [Speech communication: communicative and pragmatic approaches]. Moscow, Russkij jazyk Publ., 216 p. (In Russian).

В статье на основе анализа научных исследований ученых охарактеризованы особенности профессионального взаимодействия современного стоматолога, которое отличается разнообразием субъектов, функций, вынужденным характером; установлены основные типы (кооперация, конкуренция), модели (инженерная, коллегиальная, контрактная, патерналистская) как идеальные конструкции, стили, тактики и технологии профессионального взаимодействия в деятельности стоматолога; раскрыты типы общения с субъектами процесса лечения (основной, вспомогательный, окказиональный, фатический). Акцентировано на ведущих стратегиях поведения стоматолога (сотрудничество, противодействие, компромисс, уступчивость, избегание).

Ключевые слова: профессиональное взаимодействие стоматологов, типы, модели, стили профессионального взаимодействия.

The peculiarities of professional co-operation of a modern dentist, different due to a variety of subjects and functions, as well as their forced character, have been described on the basis of analysis of scientific research. The basic types (co-operation, competition types), models (engineering, collective, contract, colleague models) as ideal structures, styles, approaches and technologies of professional co-operation in dentist's activities have been defined. The types of socializing with the subjects of treatment process (basic, auxiliary, casual, factual ones) have been exposed in the article.

Attention has been paid to leading strategies of dentist's behavior (collaboration, counteraction, compromise, complaisance, avoidance).

The necessity of constructing the co-operation of a dentist on the basis of structural dialogues and polylogues, the conditions of their implementation have been grounded. The chart of co-operation «dentist-patient» («doctor-patient») has been exposed.

The expedience of using different strategies and approaches to co-operation, which allows to plan a future talk, take initiative in conversation, organize an integral contact, give co-operations a personal character, regulate conflict situations, offer mutual actions, has been shown.

The psychological peculiarities of professional co-operation, which should be taken into account in the process of activity, have been analyzed: monotony and necessity of work in the reserved space with people who have problems with their health, experience pain, are negatively emotionally adjusted, feel fear and anxiety, considerable psychological pressures, permanent stress situations, deficit of time and attention. The reasons for unproductive co-operation of a dentist and a patient have been discussed.

Key words: professional co-operation of dentists, types, models, styles of professional co-operation.

Одержано 5.02.2016.