

УДК 376.015.3-056.263-053  
DOI <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2024-1-9>

## ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ: МЕТОДИЧНІ ПРИЙОМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

**Литовченко В. П.**

*аспірант*

*Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка*

*Національної академії педагогічних наук України*

*вул. М. Берлінського, 9, Київ, Україна*

*[orcid.org/0000-0003-1869-6168](https://orcid.org/0000-0003-1869-6168)*

*[realvitalylytovchenko@ukr.net](mailto:realvitalylytovchenko@ukr.net)*

**Ключові слова:** спеціальна психологія, пацієнти з особливими потребами, пацієнти з порушеннями слуху, психологічна підтримка, професійна комунікація лікаря-стоматолога.

Статтю присвячено вирішенню проблеми психологічної підтримки пацієнтів з порушеннями слуху в межах стоматологічного лікування. Пацієнти з порушеннями слуху можуть потребувати особливої психологічної підтримки через своєрідні труднощі комунікації (йдеться не лише про доступну інформацію, а насамперед про доступну комунікацію). У такому контексті комунікативна доступність зумовлює створення умов, які забезпечують повноцінну участь, активність та безперешкодний процес спілкування всіх учасників лікувального процесу. З метою врахування особливих потреб пацієнтів з порушеннями слуху, а також уникнення у них стану тривоги, попередження та подолання дентофобії, налагодження ефективної професійної комунікації з лікарем представлено комплекс методичних прийомів, що передбачають застосування щоденника емоцій, тематичних фотографій, іграшок-антистресів, відзнак тощо та спеціально організованих заходів (ознайомчий візит, повідомлення жестовою мовою, доступні інтернет-сторінки та ін.) в межах діяльності лікаря-стоматолога. Наведено рекомендації зі створення безбар'єрного середовища стоматологічної клініки, організації надання послуг пацієнтам, які відчувають страх лікування (дентофобію) та мають особливі комунікативні потреби, зумовлені порушенням слуху. Представлений комплекс методичних прийомів ґрунтується на таких позиціях, як: етичні основи професії лікаря, ефективна професійна комунікація лікаря та пацієнта, доступна стоматологічна допомога, соціокультурний підхід до визначення потреб та надання послуг (національна жестова мова, культура глухих), емпатія, толерантність та повага до будь-яких особливостей (візуальних, ментальних), індивідуальний підхід до надання послуг. У контексті проблеми професійної комунікації лікаря-стоматолога запропоновано доповнення до освітніх програм підготовки лікарів-стоматологів та кваліфікаційних характеристик працівників медичної сфери, упровадження яких сприятиме формуванню відповідних компетентностей у майбутніх та практикуючих лікарів з подолання психологічних та комунікативних бар'єрів пацієнтів з порушеннями слуху. Актуальними залишаються міждисциплінарні дослідження щодо доступності медичних послуг, психологічної допомоги пацієнтам, створення безбар'єрного середовища у сфері охорони здоров'я із використанням кращого національного та міжнародного досвіду, а також урахуванням наслідків російсько-української війни.

## PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH HEARING DISORDER: METHODS AND RECOMMENDATIONS FOR DENTISTS

**Lytovchenko V. P.**

*Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology  
of the National Academy of Sciences of Ukraine*

*M. Berlinskogo str., 9, Kyiv, Ukraine*

*orcid.org/0000-0003-1869-6168*

*realvitalylytovchenko@ukr.net*

**Key words:** *special psychology, patients with special needs, patients with hearing impairment, psychological assistance, professional communication of a dentist.*

The article is devoted to solving the problem of psychological support for patients with hearing disorders within the scope of dental treatment. Hearing-impaired patients may need special psychological support due to specific communication difficulties (it is not only about available information, but primarily about available communication). In this context, communicative accessibility determines the creation of conditions that ensure full participation, activity, and an unhindered process of communication of all participants in the treatment process. In order to take into account the special needs of patients with hearing impairments, as well as to avoid anxiety in them, to prevent and overcome dentophobia, to establish effective professional communication with the doctor, a set of methodological techniques is presented, which involves the use of an emotion diary, thematic photos, anti-stress toys, awards, etc. and specially organized events (familiarization visit, sign language messages, accessible Internet pages, etc.) within the scope of the dentist's activities. Recommendations for creating a barrier-free environment of a dental clinic, organizing services for patients who experience fear of treatment (dentophobia) and have special communication needs due to hearing impairment are given. The presented complex of methodological techniques is based on the following positions: ethical foundations of the doctor's profession, effective professional communication between doctor and patient, accessible dental care, a socio-cultural approach to identifying needs and providing services (national sign language, deaf culture), empathy, tolerance and respect for any what features (visual, mental), individual approach in providing services. In the context of the problem of professional communication of a dentist, an addition to educational programs for the training of dentists and qualification characteristics of medical workers is proposed, the implementation of which will contribute to the formation of relevant competencies in future and practicing doctors to overcome the psychological and communication barriers of patients with hearing impairments. Interdisciplinary research on the availability of medical services, psychological assistance to patients, the creation of a barrier-free environment in the field of health care using the best national and international experience, as well as taking into account the consequences of the Russian-Ukrainian war, remain relevant.

**Постановка проблеми.** Під час війни перша медична допомога як комплекс або алгоритм негайних заходів, які здійснюються до передачі людини в разі потреби лікарям, має велике значення, без перебільшень рятує життя. У надскладних умовах тривалої війни актуальною постає й перша психологічна допомога, яку можуть надавати психологи, медичні працівники, педагоги та ін. за умови відповідного навчання та у межах своєї компетентності. Зокрема, особлива під-

тримка необхідна для людей з особливими потребами (можуть бути зумовлені порушеннями зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату тощо), значні зусилля спрямовуються на забезпечення безбар'єрного середовища, що передбачає усунення фізичних перешкод, доступність інформації та послуг.

Із врахуванням сучасних викликів за загальної координації Академії Національної служби здоров'я України, експертної підтримки МОЗ

Україні було проведено навчання лікарів первинної ланки (сімейних лікарів) за програмою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)» [1], що дозволило їм отримати необхідні компетентності з надання першої психологічної допомоги. Зокрема, як кількісні результати ініціативи представлено такі статистичні дані: станом на грудень 2023 року 8 620 лікарів у 865 закладах первинної меддопомоги пройшли навчання та можуть фахово надавати першу психологічну допомогу за пакетом «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги»; у 2023 році таку допомогу отримали 114 112 пацієнтів, з них: 72 395 – жінки, 41 717 – чоловіки, 18 170 – діти. Найчастіше до сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів з питань, що стосувалися ментального здоров'я, зверталися через: відчуття тривоги / нервування / напруженості – 47 555 пацієнтів; порушення сну – 32 289 пацієнтів; психологічні симптоми / скарги інші – 18 943 пацієнти; пригнічений настрій – 7 855 пацієнтів; дитяча поведінка (симптоми / скарги) – 5 146 пацієнтів [2].

Пацієнтам у межах зазначеного пакета послуг безоплатно гарантовано:

- за згоди пацієнта оцінка його психічного статусу, скринінг на психічні розлади (проводить лікар); у разі позитивного результату – клінічна оцінка стану (оцінка фізичного стану здоров'я та психічного статусу);

- направлення на лабораторні та інструментальні дослідження з метою диференціальної діагностики та виключення психічних та неврологічних розладів (ПНР), пов'язаних із фізичним здоров'ям;

- за згоди пацієнта та за необхідності направлення його сімейним лікарем до лікаря-психіатра для діагностики, встановлення діагнозу та надання рекомендацій з лікування;

- складання плану ведення та лікування з виявленими та встановленими раніше розладами в межах компетенції сімейного лікаря;

- надання першої психологічної допомоги;

- психосоціальні, а також фармакологічні та поведінкові втручання;

- супровід пацієнта з ПНР;

- скерування пацієнта за відсутності позитивної динаміки у стані після застосування психосоціальних, фармакологічних та поведінкових втручань до лікаря-спеціаліста (психіатра, психолога, психотерапевта, психофізіолога та ін.);

- психологічна підтримка членів родини, які доглядають за пацієнтом, а також навчання техніки самопомоги тощо [2].

Проте нині відсутня підготовка щодо надання першої психологічної допомоги для лікарів вто-

ринної та третинної ланок. Якщо третинна ланка передбачає наявність стаціонару і можливість залучення мультидисциплінарної команди фахівців (до складу входять лікарі-психіатри, психологи та ін.), то для лікарів вторинної ланки, до яких належать лікарі-стоматологи, така підготовка є вкрай актуальною. Особливого значення вона набуває, якщо йдеться про специфічні психологічні стани пацієнтів, як наприклад «дентофобія» (страх стоматологічного лікування).

У такому контексті пацієнти із сенсорними порушеннями, зокрема слуху, потребують більшої уваги та підтримки з огляду на специфіку комунікації. Особливі потреби пацієнтів з порушеннями слуху передбачають наявність відповідних компетентностей у лікарів щодо подолання психологічних та комунікаційних бар'єрів на різних етапах лікування.

У межах нашого дослідження суттєвими є наукові роботи, де розглядаються проблеми професійної комунікації лікарів (О. Чабан, Л. Литвинова, М. Матяш, Г. Науменко, О. Юдіна та ін.), етичного спілкування з людьми з особливими потребами (Н. Адамюк, О. Горова, І. Гудим, Е. Данілавичюте, В. Жук, А. Замша, С. Кульбіда, О. Чеботарьова та ін.), універсального дизайну в закладах охорони здоров'я (Л. Байда, О. Іванова, Н. Софій та ін.); теоретичні основи спеціальної психології (О. Бабяк, О. Вовченко, В. Засенко, В. Кобильченко, І. Омельченко, Т. Сак, Л. Прохоренко, О. Орлов, О. Хохліна та ін.). Зокрема, у статті Е. Данілавичюте акцентовано на тому, що задоволення особливих освітніх потреб спирається на середовищний підхід (environment approach), який забезпечує гнучкість фізичного, психологічного і соціального середовища [3]; в роботах Л. Байди, О. Іванової визначено, що дотримання норм доступності у закладі охорони здоров'я зменшує стигму та дискримінацію, надаючи більше можливостей для вразливих груп пацієнтів, допомагає людям бути більш незалежними від сторонньої допомоги, мобільними та соціально включеними [4]; у працях В. Жук, присвячених етичному спілкуванню, зазначено, що у людини з порушеннями слуху можуть виникати ускладнення у ситуаціях, пов'язаних із необхідністю мовленнєвого спілкування та отримання звукової інформації [5]; у дослідженні С. Кульбіди, Н. Адамюк, О. Горової, А. Замши наголошено, що особи з порушеннями слуху потребують окремої уваги з огляду на те, що це єдина категорія серед осіб з особливими потребами, яка належить до лінгвокультурної меншини і характеризується своєрідністю, унікальністю як індивідуальних, так і групових комунікативних потреб [6]; у публікаціях В. Засенко, Л. Прохоренко обґрунтовано, що формування і впровадження нових

соціальних норм передбачає створення умов для активної участі у житті суспільства для всіх громадян, у тому числі з різними особливими потребами, що й фіксує міжнародне законодавство на рівні ООН [7].

**Мета статті** – на основі узагальнення методичних матеріалів та практичного досвіду представити комплекс методичних прийомів з надання психологічної підтримки пацієнтам з порушеннями слуху в межах професійної комунікації з лікарем-стоматологом. **Завдання** – проаналізувати методичні матеріали та практичні кейси щодо психологічної підтримки пацієнтів з особливими комунікативними потребами (порушеннями слуху) у межах стоматологічного лікування; розробити та презентувати комплекс методичних прийомів попередження та подолання страху лікування у стоматолога, в основі якого – ефективна професійна комунікація лікаря та пацієнта з порушенням слуху; визначити рекомендації для лікарів-стоматологів щодо організації комунікації з пацієнтами з порушеннями слуху, доповнення до освітніх програм підготовки лікарів та кваліфікаційних характеристик працівників медичної сфери, що сприятиме попередженню психологічних бар'єрів, а також покращенню стоматологічного здоров'я пацієнтів.

**Результати дослідження.** В основі методичного комплексу – теоретичні положення інклюзивної парадигми, системно-еволюційні зміни в організації безбар'єрного середовища, соціальна модель розуміння особливих потреб, індивідуальний підхід до надання послуг та психологічного супроводу, принципи етичного професійного спілкування.

Більшою мірою питання психологічної підтримки загострюється в контексті надання медичних послуг пацієнтам з особливими потребами, що зумовлені сенсорними порушеннями (зокрема, порушеннями слуху), адже лікарям-стоматологам важливо не лише вміти здійснювати менеджмент щодо усунення вже наявної дентофобії, а й розумітися на її попередженні (профілактиці) і при цьому враховувати специфіку роботи з дітьми та дорослими, які мають особливі потреби.

Так, зокрема, дискусійним у клінічних та наукових колах є позиції щодо можливості використання у роботі з дітьми діагностичних тестів, відповіддю на які є біль (грубе зондування, холодний тест). У роботі з дітьми з порушенням слуху, на нашу думку, про дискусію з цього питання не йдеться (варто уникати таких методів), оскільки: дитина з порушенням слуху може не почути, через особливі комунікативні потреби не зрозуміти повністю методології (умов проведення) діагностичного тесту; через невпевненість, дезадаптацію, що пов'язані з аспектами інклюзивної професій-

ної комунікації з лікарем, може не відразу повідомити, що відчуває біль. Отже, у роботі з такою групою пацієнтів, навіть дорослими, необхідно уникати таких діагностичних тестів.

Також потрібно враховувати вплив військового часу на стан пацієнтів, зокрема пацієнтів з порушеннями слуху. Варто зауважити, що вплив військового часу на психоемоційний стан осіб, що приходять до лікаря-стоматолога, суттєво відрізняється. Навіть пацієнти, які проживають у межах одного міста, можуть відчувати наслідки війни по-різному (впливає соціальний статус, економічне положення, наявність у родині осіб, які виконують завдання в Збройних силах України, наявність загиблих членів родини в умовах російської агресії). Особливу категорію у такому контексті становлять особи з особливими потребами, зокрема з порушеннями слуху: через часті повітряні тривоги та відсутність можливості почути звуковий сигнал у разі небезпеки вони можуть відчувати постійну напруженість, додатковий психологічний дискомфорт, може порушуватися режим сну (оскільки в цей момент людина не може побачити сповіщення про тривогу в візуальному форматі, а аудіоформат для неї недоступний). Таким чином, варто застосовувати диференційований підхід щодо впливу військового часу на психологічний стан осіб, які можуть територіально перебувати в одному місці, районі, будинку, проте мати різні потреби, зокрема у професійній комунікації з фахівцями, що надають певні послуги.

Додатково слід розглядати питання, що стосуються військових, які в результаті поранень та травм втратили слух. Якщо в Україні такі дані поки не систематизовані, то американські джерела наводять статистику щодо своїх військових (за даними «Асоціації втрати слуху Америки»):

- втрата слуху та/або шум у вухах є найпоширенішою інвалідністю, пов'язаною зі службою, серед ветеранів США;
- 2,7 мільйона ветеранів отримують слухову допомогу або інвалідність, пов'язану з втратою слуху;
- половина всіх вибухових травм, отриманих ветеранами, призвела до незворотної / повної втрати слуху [8].

Люди з набутим порушенням слуху ймовірно відчуватимуть гострий стрес (для осіб, які втратили слух через хворобу або в результаті травми, ситуації, в яких вони не зможуть у звичний спосіб вибудувати комунікацію з оточуючими, особливо відразу після встановлення медичного діагнозу, будуть супроводжуватися гострим стресом). Психологічно таким особам буде важко прийняти нові комунікативні ситуації. Отже, для людини будуть характерні дії, спрямовані на подолання комунікативної перешкоди, що виникає між нею та

працівником сфери охорони здоров'я, проте через психологічний стан такі дії можуть бути дезорганізаційними, неконструктивними. Також можливі випадки, коли особа з набутим порушенням слуху уникатиме ситуації, в якій їй доведеться спілкуватися під час отримання медичної допомоги тощо (прояви соціальної ізоляції). Такий стан може тривати від 3 днів до місяця після стресової події (може й довше за відсутності необхідної психологічної підтримки).

Розглядаючи питання, чи є стоматологічне здоров'я осіб з порушенням слуху гіршим від пацієнтів, що не мають таких особливих потреб, нами було проаналізовано значну кількість статей та статистичних даних, які в них представлені. Більшість досліджень свідчать, що пацієнти з порушеннями слуху мають гірші показники стоматологічного здоров'я, проте такі висновки не є досить об'єктивними, оскільки у подібних випадках мають порівнюватися особи, які перебувають в однакових соціальних умовах щодо проживання, освіти, способу життя, мають схожі соціально економічні характеристики (що наразі відсутнє в зазначених дослідженнях). Таким чином, стверджувати, що пацієнти з порушеннями слуху мають гірше стоматологічне здоров'я не є коректним і може носити ознаки стигматизації. Водночас нині в Україні розробляють нові стандарти щодо лікування та профілактики карієсу під керівництвом Н. Біденко (дитяча стоматологія) та Ю. Коленко (терапевтична стоматологія), які зазначають, що до факторів ризику в групі «соціальні / медичні / поведінкові» включено й особливі потреби в медичній допомозі / фізичні вади (більш коректним є термін «порушення»). Таким чином, порушення слуху виступає лише як можливий фактор ризику, а не константа [9].

Для вирішення проблеми стоматологічної тривоги у пацієнтів з порушеннями слуху та більш складної ситуації, коли спостерігається дентофобія, нами було розроблено комплекс методичних прийомів та рекомендації щодо їх застосування:

1) *щоденник емоцій*, в який пацієнт може записувати емоції та переживання, що відчуває, свої думки щодо тих ситуацій, які з ним відбуваються. Такий щоденник буде виконувати декілька функцій: допоможе пацієнту провести самоаналіз своїх переживань та емоцій, зрозуміти, чи є вони конструктивними, чи мають певну причину (сприятиме саморегуляції); за бажанням пацієнт з порушенням слуху може проаналізувати записи у щоденнику зі своїм психологом і в межах консультацій вирішити питання, які хвилюють; письмове висловлювання негативних емоцій допоможе людині «звільнитися» від них, уникнути ситуації, коли фокус негативу буде спрямований на рідних

та друзів (ближнє коло людини); до щоденника, як мотивуючий фактор, пацієнт може записувати успіхи в подоланні своєї тривоги чи дентофобії – відвідування стоматолога (які він здійснив, незважаючи на страх) та як покращилася якість його життя через покращення стоматологічного здоров'я.

Щоденник емоцій може бути у вигляді звичайного блокнота або мати спеціальний дизайн. Пропонуємо такі варіанти елементів дизайну щоденника: на окремих сторінках розміщено *короткі історії, влучні, мотивуючі цитати*, зокрема й відомих осіб з особливими потребами (мають досвід подолання певних труднощів, бар'єрів, які у той чи інший спосіб впливають на комунікацію особи з іншими представниками суспільства, зокрема працівниками сфери охорони здоров'я (професійна комунікація); важливі позитивні акценти: через уже впроваджені елементи універсального дизайну, адаптації та модифікації, а також власні як фізичні, так і ментальні зусилля люди долають такі перешкоди і забезпечують для себе високий рівень життя); розміщено *висловлювання жестовою мовою* на кшталт – «все буде добре», «ти зможеш» та інші (наявність інформації не лише у вигляді тексту, а й за допомогою жестів (жестовою мовою) значно підвищить емпатію жестомовного пацієнта до використання такого щоденника як допоміжного ресурсу в налагодженні професійної комунікації та взаємодії з лікарями).

Також у вигляді інтерактивних додатків доречно передбачити *тематичні стікери*, які пацієнт буде клеїти до своїх записів у щоденнику емоцій; тематику стікерів доцільно визначити в контексті надання медичної (стоматологічної допомоги), комунікативної доступності для осіб з порушенням слуху, професійної комунікації з лікарем. Для привабливості включити *цікаві інформаційні вкладки*, наприклад «топ 10 фільмів», де в ролях актори з порушеннями слуху, та короткий опис до них з оцінкою кінокритиків; цікаві факти про відомих та визначних особистостей, що мають порушення слуху та досягли значних успіхів. Зважаючи на економічну доцільність та зменшення ціни як щоденника, так і всього методичного конструкту, можливе включення *реклами* (реклама слухових апаратів, допоміжних технічних засобів для людей, які користуються слуховими апаратами, стоматологічних засобів тощо); важливо, щоб реклама була доцільною, не переважувала загальний контент, не носила негативний характер, водночас була відокремлена, аби користувач міг чітко розрізнити рекламні інтеграції від основного наповнення продукту, фахових порад та рекомендацій;

2) *спеціальні фоторамки*, які мають два відділення (для двох фото) – одне більшого розміру,

друге – меншого. Рамки мають бути пастельного кольору, з не дуже широкими краями (увага має бути на фотографіях). Якщо такий елемент використовується в дитячій стоматології, для безпеки важливо використовувати рамки з «пластмасовим склом» через уникнення ризиків травмування. Рамки в кількості 5 штук заповнюються стоматологічною клінікою: до більшого відділення встановлюються фото вивіски клініки (фасад входу), холу клініки, стоматологічного кабінету, де буде проходити лікування тощо; до меншої – фото із персоналом стоматологічної клініки, на яких фахівці вітаються жестовою мовою або демонструють мотивуючі жести. Важливим є те, що на фото буде саме той медичний персонал клініки, з яким пацієнт буде взаємодіяти безпосередньо під час надання йому стоматологічної допомоги.

Такі рамки з фотографіями пацієнт може поставити у себе вдома (в різних місцях, де перебуває упродовж дня; фотографії мають знаходитися на чільному місці). Після початку лікування фото можуть змінюватися та доповнюватися, наприклад, до однієї з рамок може бути розміщений прогнозований варіант результату лікування (змодельований за допомогою новітніх технологій на комп'ютері), що неодмінно стане мотивуючим фактором завершити лікування, досягнути кінцевого результату (позитивна мотивація у вигляді гарної посмішки).

У контексті проблеми позитивної та негативної мотивації доцільно розглянути «модель стоматологічного страху та тривоги Берггрена» (Berggren's model of dental fear and anxiety) (1984). Таку наукову пропозицію часто інтерпретують у вигляді «порочного кола», що складається з декількох взаємопов'язаних ланок між фізичним та психологічним станом пацієнта лікаря-стоматолога: пацієнт відкладає візит до лікаря через стоматологічну тривогу чи дентофобію і відповідно з часом стан його стоматологічного здоров'я погіршується (можуть бути як естетичні, так і функціональні наслідки), що комплексно негативно позначається на психоемоційному стані пацієнта. Проте ці дві позиції – функціональні наслідки (часто пов'язані з больовим фактором) та естетичний ефект, на нашу думку, потрібно розглядати окремо в контексті реалізації зазначеної моделі. Так, естетичні недоліки у стандартній інтерпретації здебільшого лише збільшують страх пацієнта щодо звернення до лікаря (пацієнт соромиться, хвилюється, що лікар буде нарікати, змушувати виправдовуватися – «чому Ви не звернулися раніше» тощо). Проблема може загострюватися, якщо пацієнт має особливі потреби щодо комунікації (зумовлені порушенням слуху). У такої особи можуть бути переживання, що лікар упереджено ставитиметься до нього через пору-

шення слуху; також погіршення стоматологічної ситуації пропорційно збільшує ймовірне коло спілкування – більше збору анамнезу, більше додаткових діагностичних процедур, інші плани лікування з більшою варіативністю, що неодмінно потребуватимуть набагато тривалішої професійної комунікації та взаємодії.

На нашу думку: чи можуть естетичні недоліки (посмішка) стати рушійною силою в умовах стоматологічної тривоги – так; чи можуть вони стати фактором звернення у разі дентофобії (панічного страху) – ні; радше лише стануть додатковим фактором щодо соціальної ізоляції особи з порушенням слуху, у якої і так можуть бути проблеми через комунікативні перешкоди.

Функціональні порушення та біль (на противагу естетичним) можуть стати надсильною негативною мотивацією щодо звернення пацієнта до лікаря, навіть за умов дентофобії. Водночас, на нашу думку, негативна мотивація може не привести до бажаного результату: пацієнт, який має стоматологічну фобію, починає відчувати дуже сильний біль (гострий пульпіт, загострення хронічного періодонтиту, за якого може з'явитися асиметрія обличчя), відповідно, якість його життя значно погіршується і пацієнт звертається за стоматологічною допомогою. Проте за умови, що такий пацієнт отримує перший етап допомоги (усувається гострий біль: накладання девіталізуючої пасти у разі гострого пульпіту; інструментальна та медикаментозна обробка кореневого/вих каналу/ів без одноетапного пломбування кореневого/вих каналу/ів постійним матеріалом; або гострий пульпіт чи загострення хронічного періодонтиту проліковані в один візит, але анатомічна форма зуба відновлена тимчасовим матеріалом), надалі він не приходить на наступний прийом до лікаря, адже головний мотиваційний фактор – «значне погіршення якості життя» нині відсутній. Така ситуація, звичайно, призводить до ускладнень у майбутньому і (пропорційно до ускладнень) підвищує стоматологічну тривогу, страх [10]. Таким чином, фактор негативної мотивації або взагалі не працює або працює частково.

Описані вище фотографії (клініка, персонал) дадуть можливість пацієнту поступово, крок за кроком подолати свою фобію – спочатку пацієнт буде відчувати дискомфорт, відчуття напруги, коли його погляд буде фокусуватися на зазначених фотографіях, для початку можна ставити одразу на всі фоторамки та/або починати з місць в оселі, де людина бачить фотографії не часто і поступово збільшувати як кількість фоторамок, так і корегувати місця їх розташування (збільшуючи фокус уваги). Таким чином пацієнт має подолати свої переживання, які в нього викликають фотографії і відповідно стоматологічне лікування.

Важливо те, що в другій частині фоторамки пацієнт з порушенням слуху спостерігає лікаря-стоматолога, в нього ймовірно виникатиме хвилювання, можливо через перебільшення тих проблем, які можуть виникнути у разі професійної комунікації з лікарем, натомість медичний працівник, який на фото демонструє певний жест (використовує жестову мову), нівелює такі переживання й однозначно має позитивний вплив на психоемоційний стан пацієнта;

3) *м'яка іграшка-антистрес* як обов'язкова частина методики психологічної допомоги. В основу розроблення її дизайну мають бути покладені такі позиції: доступна стоматологічна допомога, культура глухих (соціокультурний підхід), ергономіка та тактильність, антиалергентність, використання безпечних та екологічних матеріалів, емпатія, толерантність та повага до будь-яких особливостей (візуальних, ментальних), персоналізація (може бути додана вишивка – ім'я пацієнта чи назва стоматологічної клініки, де буде відбуватися лікування, її логотип тощо). У вигляді прототипу для такої іграшки пропонуємо тварину носуха, нині досить великої популярності та прихильності у суспільстві набувають тварини сімейства сурикатів, частішають випадки, коли саме вони стають домашніми улюбленцями. Тварина має досить довгий ніс, хвіст, лапи (порівняно з тулубом), що може мати додатковий антистресово-тактильний ефект (за використання спеціальних тканин та наповнювачів). Важливим є використання певних смислових деталей – як-то слуховий апарат на вусі іграшки; як уже зазначалося вище, вишитий логотип клініки чи нейтральні стоматологічні елементи (в одній із лапок може бути зубна щітка та паста);

4) використання *заохочувальних відзнак* після проходження певного етапу лікування та його закінчення – серія значків, що видаються пацієнту лікарем та які за бажання він може носити на одязі, рюкзаку або закріпити десь вдома і вони будуть елементом фіксації його власних досягнень у подоланні психологічних перешкод на шляху до отримання медичної (стоматологічної) допомоги.

З додаткових елементів, які стоматологічні клініки можуть впроваджувати паралельно з методичним кейсом, і які носять рекомендаційний характер у контексті взаємодії лікаря-стоматолога та пацієнта, варто зазначити створення дружнього для осіб з порушенням слуху середовища на Facebook та Instagram сторінках клініки. Зокрема, супроводження будь-яких відео, які завантажують на ресурс, жестовим перекладом або субтитрами; публікації про проходження лікарями клініки курсів, семінарів, тренінгів щодо безбар'єрності стоматологічної допомоги (в контексті професійної комунікації з особами з особливими потребами)

і підтвердження такого міждисциплінарного навчання відповідними дипломами та сертифікатами. Також суттєвим є пости щодо підключення та освоєння систем забезпечення перекладу жестовою мовою онлайн (про використання таких систем можуть інформувати наліпки-таблички на дверях клініки).

Наступним етапом після застосування фотографій є перехід до *ознайомчих візитів* (не мають включати інвазивних та неінвазивних діагностичних заходів (збір анамнезу) чи лікування). Такі візити в різних варіантах часто застосовуються в дитячій стоматології, проте у разі наявності в дорослого пацієнта з порушенням слуху стоматологічної тривоги чи фобії вони є актуальними в межах психологічної підготовки до медичної консультації і власне надання стоматологічного лікування (такий візит дозволяє продемонструвати *soft skills* медичної установи, використання принципів універсального дизайну, а за необхідності готовність до адаптаційних рішень). Ознайомчі візити мають характеризуватися тактикою «маленьких сходинок» – перший прихід пацієнта з порушенням слуху може бути навіть без заходження його до приміщення клініки, лише до дверей (можливо просто привітання з персоналом клініки), наступний візит може передбачати ознайомлення пацієнта з холлом клініки, перебування у ньому, привітання та коротку бесіду з лікарями та персоналом клініки (з допомогою професійного сурдоперекладача в режимі онлайн чи офлайн за необхідності); тема такої бесіди має носити нейтральний характер і не фокусуватися на стоматологічній проблемі пацієнта або на труднощах його комунікації. Третій візит має включати вже ознайомлення власне зі стоматологічним кабінетом, проте лише у візуальному форматі без переходу до складників медичної консультації. Під час четвертого візиту можна запланувати збір анамнезу пацієнта, визначення плану лікування, спільне його узгодження. П'яте відвідування вже включатиме безпосередньо стоматологічну допомогу. Підкреслимо, що після кожного такого візиту пацієнт може отримувати спеціальний значок, який у своєму дизайні матиме елементи соціокультурного простору глухих та деталі, що стосуються стоматології чи асоціюються з нею.

Таким чином, серія ознайомчих візитів дозволяє пацієнту «відчути зону комфорту» в межах лікувального закладу (всіх складників середовища, яке безумовно включає професійну підготовку медичного персоналу до комунікації з пацієнтами з особливими потребами).

Важливим є також налагодження взаємодії з пацієнтом з порушенням слуху не лише під час серії ознайомчих візитів, але і між ними. На нашу думку, буде актуальним використання запрошення

на наступний візит у вигляді відеоповідомлення від персоналу клініки (лікуючого лікаря-стоматолога), де лікар запросить пацієнта як усною, так і одночасно жестовою мовою. Таке запрошення може бути надіслане пацієнту в месенджер (Telegram, Viber, Facebook). Отже, психологічна підтримка буде забезпечена комплексно і інтерфейс психологічної підготовки та підтримки пацієнтів з особливими потребами в контексті професійної комунікації з лікарями буде представлений та реалізований повною мірою.

**Висновки.** Нині у контексті проблеми поряд з використанням та впровадженням методик менеджменту дентофобії актуальним є навчання студентів / інтернів / спеціалістів професійної комунікації в межах освітніх програм закладів вищої освіти. Таку підготовку можна розглядати як упровадження універсального дизайну середовища, з яким буде взаємодіяти пацієнт з порушенням слуху.

Таким чином, пропонуємо доповнити Стандарт вищої освіти України, рівень вищої освіти: другий (магістерський); ступінь вищої освіти: магістр; галузь знань: 22 – Охорона здоров'я [11]:

*загальні компетентності* – здатність забезпечити безбар'єрність стоматологічної допомоги, а у разі необхідності застосувати принципи адаптації або модифікації у професійній комунікації з пацієнтами з особливими потребами;

*спеціальні (фахові, предметні) компетентності* – спроможність зібрати анамнез, погодити план лікування, надати рекомендації особі, що має особливі потреби (порушення слуху, зору та ін.).

Додатково для освітньо-наукових програм: здатність та мотивація до проведення мульти-

дисциплінарних досліджень, теоретично та практично орієнтованих заходів, зокрема в межах колаборації фахівців галузей «стоматологія», «психологія», «спеціальна психологія» задля побудови та розвитку екосистеми, що допоможе забезпечити якісну професійну комунікацію з особами з особливими потребами.

Додати до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117) [12]:

*завдання та обов'язки:* забезпечити безбар'єрність (доступність) стоматологічної допомоги для осіб з особливими потребами (з порушеннями слуху, зору та ін.);

*повинен знати:* як побудувати якісну професійну комунікацію з особами з особливими потребами (знати психологічні особливості певних соціальних груп, що мають особливі потреби, та вміти їх враховувати на практиці);

*кваліфікаційні вимоги* (для всіх кваліфікаційних категорій): вміти провести медичну консультацію (зібрати анамнез, визначити план лікування, надати рекомендації) в межах надання стоматологічної допомоги пацієнту з особливими потребами.

Стаття не висвітлює розглянуті питання повною мірою, представляє найбільш актуальні її аспекти. Важливими є створення умов для міждисциплінарних досліджень щодо доступності медичних послуг, психологічної допомоги пацієнтам, створення безбар'єрного середовища у сфері охорони здоров'я із використанням кращого національного та міжнародного досвіду, а також урахуванням наслідків російсько-української війни.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), 2023. URL: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>.
2. Національна служба здоров'я України, 2023. URL: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=680759197574695&set=a.230941935889759>.
3. Данілавичюте Е. Концептуальна модель використання МКФ-ДП в інклюзивному навчальному процесі. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2020. № 4(89). С. 53–64. <https://doi.org/10.33189/ectu.v4i89.9>.
4. Байда Л., Іванова О. Універсальний дизайн в медичних закладах : методичний посібник / за заг. ред. О. Іванової. Київ : Ваіте, 2019. 56 с. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/15777>.
5. Особи з особливими потребами: етичне спілкування, супровід, допомога / Гудим І., Данілавичюте Е., Жук В., Макарчук Н., Чеботарьова О., Замша А. Київ, 2016. 72 с.
6. Кульбіда С., Адамюк Н., Горова О., Замша А. Комунікативна доступність освітнього середовища для осіб з порушеннями слуху в умовах сучасних викликів : науково-методичний посібник у двох частинах. Київ, 2023. 148 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/739457>.
7. Засенко В., Прохоренко Л. Освіта «особливих» дітей: стратегія розвитку. *Рідна школа*. 2019. № 3–4. С. 48–52. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/718099>.
8. Hearing Loss Facts and Statistics. Hearing Loss Association of America. 2023. URL: [https://www.hearingloss.org/wp-content/uploads/HLAA\\_HearingLoss\\_Facts\\_Statistics.pdf?pdf=FactStats](https://www.hearingloss.org/wp-content/uploads/HLAA_HearingLoss_Facts_Statistics.pdf?pdf=FactStats).
9. Співробітники стоматологічного факультету долучилися до створення нормативних медичних документів. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, 2023. URL: <https://nmuofficial>.



com/news/spivrobotnyky-stomatfakultetu-doluchylsya-do-stvorennya-normatyvnyh-medychnyh-dokumentiv/.

10. Литовченко В.П. Дентофобія: етіологія (негативний досвід) та профілактика. *Modern problems of science, education and society : Proceedings of III International Scientific and Practical Conference, Kyiv, Ukraine, 22–24 May 2023*. С. 185–191. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/735995>.
11. Про затвердження Стандарту вищої освіти за спеціальністю 221 «Стоматологія» для другого (магістерського) рівня вищої освіти : Наказ Міністерства освіти і науки України від 24.06.2019 р. № 879. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/06/25/221-Stomatolohiya-mahistr.20.01.22.pdf>.
12. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 р. № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>.

## REFERENCES

1. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). (2023). Retrieved from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>
2. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy [National Health Service of Ukraine]. (2023). Retrieved from: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=680759197574695&set=a.230941935889759> [in Ukrainian].
3. Danilavchiutie, E. (2020). Kontseptualna model vykorystannia MKF-DP v inkluzyivnomu navchalnomu protsesi [Conceptual model of using ICF-DP in the inclusive educational process]. *Osoblyva dytna: navchannia i vykhovannia, 4(89)*, 53–64. <https://doi.org/10.33189/ectu.v4i89.9> [in Ukrainian].
4. Baida, L., Ivanova, O. (Ed.) (2019). Universalnyi dyzain v medychnykh zakladakh [Universal design in medical facilities]: metodychni posibnyk. Kyiv. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/15777> [in Ukrainian].
5. Hudym, I., Danilavchiutie, E., Zhuk, V., Makarchuk, N., Chebotarova, O., & Zamsha, A. (2016). Osoby z osoblyvymy potrebamy: etychnе spilkuvannia, suprovid, dopomoha [Persons with special needs: ethical communication, support, assistance]. Kyiv [in Ukrainian].
6. Kulbida, S., Adamiuk, N., Horova, O., & Zamsha, A. (2023). Komunikatyvna dostupnist osvitnoho seredovyscha dlia osib z porushenniamy slukhu v umovakh suchasnykh vyklykiv [Communicative accessibility of the educational environment for persons with hearing impairments in the conditions of modern challenges]: naukovo-metodychni posibnyk u dvokh chastynakh. Kyiv. Retrieved from: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/739457> [in Ukrainian].
7. Zasenka, V., & Prokhorenko, L. (2019). Osvita «osoblyvykh» ditei: stratehiia rozvytku [Education of “special” children: development strategy]. *Ridna shkola, 3–4*, 48–52. Retrieved from: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/718099> [in Ukrainian].
8. Hearing Loss Facts and Statistics. Hearing Loss Association of America. (2023). Retrieved from: [https://www.hearingloss.org/wp-content/uploads/HLAA\\_HearingLoss\\_Facts\\_Statistics.pdf?pdf=FactStats](https://www.hearingloss.org/wp-content/uploads/HLAA_HearingLoss_Facts_Statistics.pdf?pdf=FactStats).
9. Spivrobotnyky stomatolohichnoho fakultetu doluchylsya do stvorennia normatyvnykh medychnykh dokumentiv. Natsionalnyi medychnyi universytet im. O.O. Bohomoletsia [Employees of the Faculty of Dentistry participated in the creation of regulatory medical documents. National Medical University named after O.O. Bogomolets]. (2023). Retrieved from: <https://nmuofficial.com/news/spivrobotnyky-stomat-fakultetu-doluchylsya-do-stvorennya-normatyvnyh-medychnyh-dokumentiv/> [in Ukrainian].
10. Lytovchenko, V.P. (2023). Dentofobii: etiologii (nehativnyi dosvid) ta profilaktyka [Dentophobia: etiology (negative experience) and prevention]. *Modern problems of science, education and society: Proceedings of III International Scientific and Practical Conference, Kyiv, Ukraine, 22–24 May 2023*. 185–191. Retrieved from: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/735995> [in Ukrainian].
11. Pro zatverdzhennia Standartu vyshchoi osvity za spetsialnistiu 221 «Stomatolohiia» dlia drugoho (mahisterskoho) rivnia vyshchoi osvity: Nakaz Ministerstva osvity i nauky Ukrainy vid 24.06.2019 r. № 879 [On the approval of the Higher Education Standard for specialty 221 “Dentistry” for the second (master’s) level of higher education: Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated June 24, 2019 No. 879]. Retrieved from: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/06/25/221-Stomatolohiya-mahistr.20.01.22.pdf> [in Ukrainian].
12. Dovidnyk kvalifikatsiinykh kharakterystyk profesii pratsivnykiv. Vypusk 78. Okhorona zdorovia. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 29.03.2002 r. № 117 [Handbook of qualification characteristics of employees’ professions. Issue 78. Health care. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 29, 2002 No. 117]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text> [in Ukrainian].