

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ У СТОМАТОЛОГІЇ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи здобувачів вищої освіти
з курсу за вибором*

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 9 від 29.05.2025.

**Харків
ХНМУ
2025**

Етика та деонтологія в стоматології : метод. вказ. для самост. роботи здобувачів вищої освіти з курсу за вибором / упоряд. Т. В. Ащеулова, Н. М. Герасимчук, О. А. Кочубей. Харків : ХНМУ, 2025. 36 с.

Упорядники Т. В. Ащеулова
 Н. М. Герасимчук
 О. А. Кочубей

Актуальність теми. На відміну від інших наук медицина тісно пов'язана з життям, здоров'ям і, зрештою, з долею людини. Лікар душі та тіла – таке призначення лікаря за всіх часів. Звідси й основна заповідь Гіппократа: "...у який би дім я не увійшов, я ввійду туди для користі хворого". Велика кількість літератури, присвяченої питанням морально-етичного та правового регулювання діяльності медичних працівників, свідчить про те, що ці питання не втратили своєї актуальності і в останні роки їм приділяється все більше уваги, хоча медична етика – "душа медицини, мудрість лікування" – зародилася на початку розвитку медицини і розвивалася паралельно з нею та з удосконаленням охорони здоров'я. Регулювання морально-етичних та правових норм не втратили своєї значущості з моменту зародження медицини до нашого часу і досі. Кодекс лікаря ведійської доби в Індії 3000 років тому стверджував:

"Завжди будь терплячий, уважний, ввічливий.

Будь скромний, підкори справи залізній логіці розуму,

Намагайся зцілення дати хворому,

Не вимагаючи ні жертв, ні блага собі..."

Такий величезний тимчасовий проміжок, а сказано, ніби на сьогоднішній день. Краще не виражено поки що ніким. Питання виховання та підготовки лікаря з перших його кроків стоїть у нинішніх умовах, якщо не вище професійної підготовки, то принаймні на одному з ним рівні. Вміння свідомого підпорядкування особистих інтересів інтересам громадським необхідно лікареві будь-якої спеціальності з моменту вибору професії та до закінчення його кар'єри.

Останнім часом велику популярність серед лікарів набув термін "Деонтологія". Слово походить від грецького *deon* – борг. Причому одні переводять його як "вчення про обов'язок", інші – як "вчення про належне" або "наука про належне". Так чи інакше, безперечно одне: у професійному мисленні медиків будь-яких спеціальностей, зокрема й стоматологів, поняття обов'язку чи належного є винятково важливим, а основним принципом деонтології виступає свідоме підпорядкування особистих інтересів інтересам суспільства.

Етика та деонтологія – інтегровані поняття. Вони зумовлюють роль етичних і моральних норм у житті та діяльності людини. Етика медичного працівника знайшла своє практичне втілення у конкретних моральних принципах, що визначають ставлення лікаря до хворих людей під час спілкування з ними та їх родичами. Весь морально-етичний комплекс називається "деонтологією". Отже, деонтологія – це практична реалізація морально-етичних принципів у роботі лікарів та молодшого медичного персоналу. Це вивчення природи обов'язку та зобов'язань. Деонтологія направлена на створення максимально сприятливої атмосфери для ефективного лікування пацієнтів.

Лікарська деонтологія у сенсі – це вчення про поведінку, взаємовідносини та діях лікаря, які необхідні для щадіння психіки хворого, його близьких та оточуючих, правильної організації лікувального процесу. Однак деякі лікарі бачать пацієнта як пряме або опосередковане джерело свого заробітку та існування. У цьому випадку у стоматологічному кабінеті між лікарем та пацієнтом можуть виникати нестандартні морально-етичні взаємини, в основі яких лежить так званий людський фактор. У лікарів усіх спеціальностей пряме ставлення до виконання професійного обов'язку мають їх загальномедична підготовка, володіння сучасними методами профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, суворе дотримання правил внутрішньої та зовнішньої культури поведінки. Ці складові складають медичний етикет і стосуються всіх членів медичного колективу.

Тому лікарська (медична) деонтологія – більш ємне поняття, ніж лікарська етика. Вона охоплює як морально-етичні аспекти лікування, так й організацію роботи, вдосконалення знань, навичок тощо. Вона використовує моральні принципи і як елемент нормального спілкування, і як вплив на психіку хворого.

Загальна мета. Забезпечити можливість здобувачів вищої освіти вивчити основні положення деонтології лікаря-стоматолога, вміти визначати професійно-етичні проблеми, володіти методами їх профілактики та рішення на основі науково обґрунтованих підходів.

1. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ У СТОМАТОЛОГІЇ

Формування духовності майбутніх лікарів у стінах вишу нерозривно пов'язано з деонтологією – вченням про належне, обов'язок, що є відображенням етичних концепцій, але які мають більш конкретний, прикладний характер. І саме це дозволяє говорити про особливості деонтологічного виховання у кожній лікарській спеціальності.

Лікар-стоматолог – це професіонал, який володіє спеціальними знаннями та вміннями для практичного здійснення діагностики, лікування та попередження хвороби зубів, порожнини рота та щелепно-лицьової ділянки в цілому.

Професійну діяльність лікаря-стоматолога поділяють на наступні сфери:

- загальномедичну;
- спеціальну (специфічну);
- соціальну чи громадську;
- науково-дослідну.

Серед зазначених сфер діяльності лише спеціальна (специфічна) відрізняє діяльність лікаря-стоматолога від діяльності представників інших лікарських спеціальностей. На прикладі клініки терапевтичної стоматології виділяють такі функції лікаря-стоматолога, які найчастіше спричиняють професійно-етичні проблеми:

- діагностика хвороби твердих тканин зубів;
- знеболення;

- препарування каріозних порожнин;
- ендодонтичне лікування;
- професійна гігієна;
- медикаментозне лікування.

Етичні проблеми у стоматології умовно поділяють на дві групи:

- 1) морально-етичні;
- 2) професійно-етичні.

Морально-етична сфера стоматолога залежить від його (її) моральної подобі, що формується на основі виховання в сім'ї та школі. *Професійно-етична сфера* стоматолога так чи інакше пов'язана з професійною діяльністю (табл. 1).

Таблиця 1

Класифікація професійно-етичних проблем з П. А. Леусу (1997)

Класифікація професійно-етичних проблем	Конфліктні сторони	Приклад
Індивідуальна	Лікар у собі	Лікар знає про допущену ним діагностичну помилку, але пацієнт і колеги про неї не знають
Лікарська	Лікар–пацієнт	Допущено помилку при діагностиці пульпіту, внаслідок чого виникло ускладнення, що стало відомо хворому від іншого лікаря
Колегіальна	Лікар–лікар	Лікар не згоден із матеріалами аналізу випадку його діагностичної помилки, представленими на лікарську конференцію його колегою
Бригадна	Лікар–молодший персонал	Незважаючи на неодноразові зауваження лікаря, медсестра порушує режим стерилізаційної обробки інструментарію
Громадська	Лікар–населення	Населення поінформовано про те, що лікар не використовує сучасні методи лікування
Адміністративна	Лікар–адміністрація	Керуючись інтересами пацієнтів, адміністрація ставить чергування у вихідний день лікаря, який має маленьку дитину
Колективна	Лікар–колектив	Лікар не згоден із рішенням колективу про відмову, про видачу йому рекомендації для отримання вищої категорії
Соціальна	Лікарське суспільство–населення	Населення не підтримує рекомендації лікарського товариства фторувати питну воду з метою профілактики карієсу

1.1. Індивідуальна проблема

Хвороби зубів, органів та тканин порожнини рота людини є предметом професійної діяльності лікарів-стоматологів. Порожнина рота – унікальна частина людського організму, яка, як відомо, виконує безліч функцій, повага яких є обов'язковою для етичного до неї ставлення. Однією з найважливіших умов, від якої залежить самовиховання майбутнього лікаря, та яке багато в чому визначає індивідуальну форму професійно-етичної проблеми, є *самокритичність*. Тільки людина, що її виробила, знаходить здатність бачити себе, свої вчинки і дії немовби з боку й об'єктивно їх оцінювати. Східна мудрість свідчить, що справжній друг – не той, хто нас хвалить, а той, хто нас заслужено ганить. Стати таким другом і суворим суддею самому собі – одна з основних цілей самовиховання лікаря.

Відповідальність за свої дії, роботу та якість її виконання в діяльності лікаря набуває особливого сенсу. Це пов'язано з тим, що жодна професія не має такого близького, конкретного зіткнення з самим важливим і потаємним для будь-якої людини – життям і смертю. Лікарю довіряється найдорожче – життя та здоров'я людей. Він несе відповідальність не лише перед окремим хворим, його рідними, а й перед суспільством загалом. Тому лікар не має права бути безвідповідальним.

Іншою якістю, яку повинен удосконалювати майбутній лікар, є *спостережливість*. У даному випадку йдеться не про обивательську, а про допитливу професійно-лікарську спостережливість, що дозволяє побачити, запам'ятати і з медичної точки зору оцінити не тільки найменші зміни у фізичному та психологічному стані людини, а й процеси, що відбуваються у зовнішньому середовищі. Висока значущість такого роду спостережливості у практичній та науковій роботі лікаря безперечна. На жаль, нерідко мають місце такі ситуації, коли лікар, викликавши чергового хворого і навіть не поглянувши на нього, занурюється у вивчення різноманітних лабораторних даних, рентгенологічних знімків, висновків фахівців. Потім запрошує пацієнта у стоматологічне крісло і, зовсім не звертаючи уваги на самого хворого, вираз його обличчя, манеру триматися, говорити та реагувати на ситуацію, пропонує відкрити йому рота. Подібна практика явно хибна. Сучасний стоматолог повинен розуміти, що жодні науково-технічні та методологічні досягнення не повинні заступати головного – самого пацієнта з його індивідуальними фізичними та духовними властивостями. Лікар повинен бути у безпосередньому контакті з хворим, навчитися допитливим поглядом дивитися на нього, помічати і виявляти такі зміни в його стані, які часом недоступні витонченим і досконалим методам об'єктивного дослідження. При цьому важливо широко використовувати всі досягнення медичної науки і техніки для максимально точної постановки діагнозу, корекції лікувально-профілактичних заходів, оцінки їх ефективності, але ставитись до них як до допоміжних і в жодному разі не тих, що підміняють саме спілкування з пацієнтом.

Щоденна клінічна практика, крім інших якостей, нерідко вимагає від лікаря особливої витримки, яка називається *самовладанням або професійною мужністю*. При цьому необхідно наголосити, що лікарську мужність допустимо виявляти лише у всеозброєнні знаннями. Йти на ризик має право лише той, хто достатньо підготовлений до різноманітних випадковостей. Тільки в цьому разі може бути виправдана ще одна дорожочіна якість лікаря – *рішучість*.

Інтерес до проблем професійного боргу за останнє десятиліття почав різко зростати у практиці стоматолога. До стоматолога звертаються люди будь-якого віку, статі, соціального стану. А це означає, що під час профілактичних оглядів та лікування величезна кількість людей піддаються психологічному та моральному впливу стоматологів. Основні принципи

взаємовідносин лікаря-стоматолога з пацієнтом та його родичами зводяться до того, що спілкування лікар-стоматолог–хворий дає як терапевтичний, так і психологічний, культурний та соціальний ефекти. Тому особливе значення набуває така властивість особистості медика як *покликання*. Але ж покликання до конкретної лікарської професії, тобто схильність до цієї професії, навіть за наявності природних передумов до неї, – продукт життєвого досвіду, і формується у процесі праці. Становлення високоосвіченого та високоморального лікаря-стоматолога – складний процес. Сама спеціальність, величезні її досягнення, навіть сучасний стрибок у галузі стоматології вимагають від справжнього думаючого лікаря читання спеціальної та наукової літератури протягом усього його професійного життя. Постійна самоосвіта та професіоналізм разом із високими моральними якостями роблять лікаря фахівцем високого класу, а не простим знахарем – ремісником.

1.2. Лікарська проблема

Вузька спеціалізація стоматолога знижує здатність цілісного сприйняття пацієнта як особи, що страждає. Тому важливий зворотний процес: вміння через конкретні місцеві прояви захворювання бачити порушення в цілісному організмі, від приватного шукати шляхи до загального. Це часто призводить до того, що лікар з обмеженим клінічним мисленням забуває, що хворий – перш за все особа зі своїми індивідуальними особливостями. Стоматолог, який акцентує свою увагу на ураженому хворобою органі (щелепно-лицьовій вродженій патології або аномалії зубо-щелепної системи, наслідках опіків та травм особи), порушує принципи деонтології, виявляючи нетактовність, психоемоційну тупість тощо.

Одним із відмінних моментів сучасної медичної етики є той факт, що дедалі більше хворих хоче брати участь у процесі прийняття рішень, які стосуються їхнього життя та здоров'я, зокрема у виборі тактики лікування. Подібна тенденція є наслідком зростаючої освіти та уваги до свого здоров'я серед населення. Це, у свою чергу, має на увазі ще більшу компетентність лікарів у тактиці побудови діалогу з пацієнтом.

Відомо, що модель взаємовідносин формується, виходячи з особистісних якостей лікаря, його такту та інтуїції. В історії розвитку медицини відомі такі моделі взаємовідносини лікаря та пацієнта, які ґрунтуються на моральних принципах, таких як "не нашкодуй" (модель Гіппократа), "виконуй борг"/"совість" (деонтологічна модель), "роби добро" (модель Парацельса) та поваги до "автономії пацієнта" (біоетична модель).

Найбільшою популярністю прийнято вважати класифікацію, якщо говорити про взаємини лікаря-стоматолога та пацієнта, запропоновану Робертом Вітчем. Американський біоетик позначив основні моделі, які він виділив залежно від характеру морально-психологічних відносин: 1) пасторська (патерналістська, сакральна); 2) непатерналістська (технічна/інструментальна); 3) колегіальна, 4) контрактна (договірні).

Слід зазначити, що показник високої довіри пацієнти виявляють часто, тому можна говорити про сучасну тенденцію, яка характеризується тим, що першість залишається за патерналістськими відносинами. Можна зробити висновок: зазначені вище моделі були розділені залежно від основних моральних проблем, тобто відповідальності прийняття рішення, що підкреслює екзистенційно-ціннісний аспект формування професійних навичок майбутнього лікаря-стоматолога.

Вчені виділили ще одну класифікацію моделей побудови взаємовідносин лікаря та пацієнта. Так, Лесняк О. М. охарактеризував п'ять таких моделей (табл. 2).

Таблиця 2

Основні моделі побудови взаємин лікаря та хворого

Модель	Роль лікаря	Опис моделі
Активно-пасивна	Виконує свою роботу без участі пацієнта	Заснована на уявленні, що лікар краще знає, що треба хворому. Хворий не може брати участь у прийнятті рішень
Заступницька	Пояснює пацієнтові, що потрібно зробити, щоб допомогти йому. Виконує роль наставника	Хворому повідомляється лише та інформація, яка, на думку лікаря, необхідна
Інформативна	Роль компетентного технічного експерта	Лікар доносить до хворого всю інформацію, а хворий сам вибирає
Інтерпретивна	Консультує хворого та допомагає йому прийняти рішення	Передбачається, що хворий потребує лише уточнення за допомогою лікаря того, що з ним відбувається. Рішення прийматиме він сам
Дорадча (договірні)	Залучає пацієнта до обговорення, протягом якого допомагає йому усвідомити пріоритети щодо здоров'я	Виходить з уявлення, що лікар може активно впливати на формування думки хворого та допомогти йому прийняти правильне рішення

Перші дві моделі взаємовідносин лікаря та пацієнта найчастіше використовуються протягом тривалого часу. Як і інші моделі, вони передбачають практичне застосування лікарем усіх своїх умінь у тому, щоб поставити діагноз і визначити стадію захворювання, а потім ідентифікувати подальшу тактику з метою полегшення страждання чи відновлення здоров'я. Згідно з першою моделлю (активно-пасивною), слід лише оголосити хворому, як надалі з ним вчинити (коли прооперувати чи який лікарський препарат призначити), відповідно до другої (заступницької), лікар доносить до пацієнта обрану інформацію, яка дозволяє хворому лише погодитися з такою лікуванням, яку вибрав лікар. Обидві вказані моделі досі переважають у спілкуванні медичного персоналу в більшості медичних установ України та деяких країн Європейського Союзу. Проте одне можливе безпечніше застосування таких моделей спілкування може статися лише у разі потреби невідкладних втручань (термінова операція чи несвідомий стан хворого).

Інформативна модель ніколи не використовувалася в нашій практиці і, мабуть, ніколи не буде застосована. Вона є варіантом ставлення до лікаря як до обслуговуючого персоналу. Від нього очікується лише грамотне виконання своїх обов'язків щодо постановки діагнозу та повідомлення хворому про можливості лікування. Іншими словами, лікар є продавцем послуг, а пацієнт покупцем. У цьому право вибору зберігається повністю за покупцем.

Інтерпретивна модель мало відрізняється від інформативної. Вона ґрунтується на тому, що спілкування лікаря з хворим – це не простий обмін інформацією, а допомога з боку лікаря у прийнятті рішення. Однак, як і при інформативній моделі, рішення про вибір тактики лікування залишається тільки за самим пацієнтом. У цьому випадку абсолютно необґрунтовано передбачається, що хворий сам добре знає, що йому необхідно.

Найрозумніша модель – дорадча, яка передбачає рівність усіх сторін, зокрема однакова відповідальність. Вона заснована на тому, що звичайна доросла людина в змозі синтезувати інформацію і виділити для себе пріоритети, а лікар має достатні комунікаційні навички для того, щоб допомогти пацієнтові в цьому. Ця модель також припускає, що лікар може бачити різницю між перевагами самого пацієнта і тими рекомендаціями, які повинен дати професіонал. Подібний варіант спілкування сприяє розумінню хворих таких важливих для них факторів, як профілактика, здоровий спосіб життя, правильне лікування. Дорадча модель змінює роль хворого у самому процесі діагностики та лікування. Із пасивного об'єкта втручань він стає активним співавтором, але також і особою, яка несе певну відповідальність за своє здоров'я. У зв'язку з цим модель отримала свій розвиток і щодо поінформованої згоди пацієнта на проведення йому діагностичної чи лікувальної маніпуляції, і навіть його участі у проведенні наукового дослідження. Крім того, дана модель відбиває принцип ноосферизації, тобто "розуміння діалектики планетарного розвитку".

1.3. Колегіальна проблема

При розгляді проблеми етики поведінки у системі лікар–лікар необхідно виділити основні та загальні принципи, яких слід дотримуватися незалежно від того, де працює медичний працівник, а також приватні, яких слід дотримуватися з урахуванням специфічних умов поліклініки або лікарні.

У загальних питаннях умовно можна виділити два основні:

– дотримання принципів внутрішньої культури – правил ставлення до праці, дотримання дисципліни, дбайливого ставлення до громадського майна, дружелюбності та почуття колегіальності;

– дотримання принципів зовнішньої культури поведінки – правил пристойності, гарного тону та відповідного зовнішнього вигляду (зовнішня охайність, необхідність стежити за чистотою свого тіла, одягу,

взуття, відсутність надмірностей у прикрасах та косметиці). До правил зовнішньої культури належать також форма вітання та вміння тримати себе серед колег, вміння вести розмову відповідно до обстановки та умов.

В історичному аспекті виникнення медичної деонтології відомо, що ще у роботах Гіппократа багато уваги приділено нормам взаємовідносин між лікарями. Характерно, що і тут, на думку Гіппократа, вирішальним є підпорядкування взаємин лікарів інтересам здоров'я хворого. Якщо лікар утруднюється у діагнозі чи лікуванні, він зобов'язаний порадитися зі своїми колегами. "Немає нічого ганебного, якщо лікар, утруднений у будь-якому випадку у хворого і не бачить ясно через свою недосвідченість, просить запросити інших лікарів, з якими він міг би спільно з'ясувати становище хворого і які допомогли б йому знайти допомогу. Лікарі, які разом оглядають хворого, не повинні сваритися між собою і висміювати один одного, бо я з клятвою запевняю, що ніколи судження одного лікаря не повинно збуджувати заздрість іншого, це означало б показувати свою слабкість".

Найчастіше лікарі-стоматологи різної спеціалізації самовпевнено вважають, що в роботі помилок бути не може, всі помилки відбуваються в інших колективах, у яких винні колеги (конкуренти). Ця позиція свідчить про порушення професійної етики між колегами. Як бути в тому випадку, коли помилку зробив один лікар, а виявляє її інший? Адже, "відкриваючи очі" пацієнту на лікарську помилку колеги, лікар не лише порушує професійну етику та деонтологію, але і завдає шкоди психічному здоров'ю даного пацієнта.

Усвідомлення помилки спричиняє стан емоційного стресу як у лікаря, так і у пацієнта. Цей стрес посилюється роздумами про можливі наслідки та страхом необхідності прийняття тих чи інших рішень. Багато пацієнтів ставлять лікарям питання щодо причин ускладнень під час лікування. У практиці медицини існують рідкісні обставини, при яких приховування правди є виправданим з етичної точки зору, однак таким виправданням має бути користь для пацієнта, а не для лікаря. Пацієнт має право знати правду, а лікар має етичні зобов'язання перед пацієнтом. Більше того, у лікаря є зобов'язання перед колегами. Таким чином, пацієнти повинні бути добре поінформовані про майбутнє стоматологічне лікування.

Сьогодні проблема колегіальності серед лікарів-стоматологів у нашій країні займає особливе становище. Слід пам'ятати, що лікар-стоматолог – це професіонал, який володіє спеціальними знаннями та вміннями для практичного здійснення діагностики, лікування та попередження хвороби зубів та порожнини рота у людей.

На кожному етапі перелічених у визначенні маніпуляцій можливі помилки або виникнення розбіжностей серед лікарів. Однак про свої можливі помилки в діагностиці та лікуванні лікар дізнається не від колеги, а від пацієнта. Наприклад, ситуація, коли лікар-стоматолог під час планового огляду вказує пацієнтові на термінову необхідність лікування зубів 16, 26.

За збігом обставин пацієнт звертається до іншого лікаря, який вважає, що лікувати потрібно зуб 18. У цьому випадку пацієнт перебуває у збентеженні: думці якого лікаря довіряти? Адже питання стосується здоров'я.

Інший приклад, коли пацієнт тривалий час звертається для терапевтичного лікування до певного стоматологічного кабінету. Однак при виникненні гострого зубного болю пацієнту доводиться звернутися до іншого стоматологічного кабінету. Лікар цього кабінету починає критикувати раніше поставлені колегою пломби. У цій ситуації знову у скрутному положенні виявляється пацієнт, який має вирішити дилему: довіряти думці нового лікаря або повернутися до колишнього лікаря? На жаль, типовий випадок в ортопедичній стоматології – це критичні зауваження щодо якості зубних протезів. Це не тільки не підвищує авторитет лікаря в очах хворого, але і призводить до того, що пацієнт взагалі перестає вірити лікарям.

Ще один приклад виникнення професійно-етичних проблем – це професійна гігієна порожнини рота. Коли лікар при огляді виявляє у пацієнта, який раніше перебував на лікуванні у лікаря-пародонтолога, під'яснений зубний камінь в ділянці будь-якого зуба. В даному випадку слід коректно ставитися до колеги. Можливо, цей пацієнт нехтує рекомендаціями з індивідуальної гігієни порожнини рота. А можливо, обсяг роботи був настільки великий, що лікар без будь-якого наміру пропустив ділянку, до якої варто було б повернутися. Треба провести бесіду з пацієнтом про індивідуальну гігієну, видалити зубний камінь самостійно або направити пацієнта до пародонтолога. Всі контакти між лікарем та пацієнтом під час курації є системою людських відносин. Отже, результат будь-якого лікування залежить від їх рівня та якості. Знайти ваду можна у кожній виконаній реставрації, ендодонтичному лікуванні, протезі. Але чи варто псувати вигляд колег своїми невтішними відгуками? Вислуховуючи критику лікаря, пацієнт замислюється, чи добре справляється цей лікар зі своїми обов'язками? Чи прослужить виготовлений ним протез гарантований термін експлуатації?

Однією з вимог колегіальних відносин є взаємна ввічливість. Дуже важливо бути стриманим і тактовним, володіти собою, зважати на бажання інших людей. Розмовляючи з колегою, особливо зі старшим, треба вміти слухати співрозмовника, не заважаючи висловити йому свою думку, а потім, якщо в цьому є потреба, спокійно заперечити, але без грубості та особистих випадів, бо це не сприяє з'ясуванню питань, а свідчить про нетактовність і нестриманість. Нетактовна та недоречна гучна розмова у медичних установах, не кажучи вже про спробу з'ясувати особисті стосунки.

Стриманість і почуття такту необхідні у відносинах із колегами, які пригнічені особистими переживаннями. Безтактно запитувати у них про причини "поганого настрою". Вміння дорожити своїм та чужим часом є зовнішнім проявом внутрішньої зібраності та дисциплінованості людини.

1.4. Бригадна проблема

Найближчими помічниками лікаря-стоматолога є середній та молодший медичний персонал, тому у стоматологічній клініці стосунки з ними мають бути колегіальними. Середній медичний персонал має користуватися повагою, але водночас авторитет лікаря-стоматолога має бути непорушним. У відносинах між ними неприпустимі крайнощі: ні адміністративно-командний стиль поведінки з боку лікаря-стоматолога, ні надмірне панібратство не приведуть до успішного результату.

Крім постійної уваги підвищенню професіоналізму середнього медичного персоналу, лікарю-стоматологу необхідно також пам'ятати про його роль у створенні сприятливої для пацієнта психоемоційної обстановки.

Головна мета колективу стоматологічної клініки – це успішне лікування пацієнтів, що звернулися до них, тому взаємодію із середнім медичним персоналом необхідно організовувати так, щоб було повне єднання у досягненні цієї мети. Тільки в такому випадку будуть виключені передумови виникнення етичних проблем внаслідок недбалості одного з членів колективу стоматологічної клініки.

Виконання службових обов'язків вимагає від середнього медичного персоналу виняткової уважності, обов'язковості та чіткості у виконанні вказівок лікаря-стоматолога. Ввічливість, скромність та привітність лише підвищують імідж середнього медичного персоналу стоматологічної клініки. Всі ці якості позитивно позначаються на лікуванні пацієнтів. У тому випадку, якщо середній медичний персонал має сумніви щодо деяких дій лікаря-стоматолога, він не повинен висловлювати свої сумніви в присутності пацієнта. Дотримання належної субординації надає пацієнту впевненості, що у стоматологічній клініці існує необхідне порозуміння. Чітка робота середнього медичного персоналу, уважне та дбайливе ставлення до пацієнтів сприятливо впливають на їхній психоемоційний стан, підвищують довіру до дій лікарів-стоматологів.

Тактовне та поважне ставлення до молодшого медичного персоналу – це ознака високої культури лікаря-стоматолога. Він повинен спокійно роз'яснювати посадові інструкції та правила поведінки з пацієнтом, але при цьому вимагати від молодшого медичного персоналу дотримання суворої дисципліни. Зовнішній вигляд будь-якого члена колективу стоматологічної клініки має бути завжди охайним, доглянутим, приємним.

Спільна праця колективу стоматологічної клініки – це робота висококваліфікованих спеціалістів, які працюють у єдиній команді задля досягнення спільної мети. Основні засади командного лікування пацієнта стоматологічного профілю сформульовані в наступних пунктах:

- зручна робоча позиція лікаря-стоматолога, асистента та пацієнта. Використання кваліфікованого асистента, який працює весь час поряд із лікарем-стоматологом, та грамотною медичною сестрою;

- оптимальна організація всього процесу стоматологічного лікування (передбачає поетапне планування лікування кожного конкретного

пацієнта, починаючи з моменту приходу до стоматологічної клініки та до останніх хвилин його перебування там);

- ергономіка передбачає максимальне спрощення та раціональну економію робочих рухів при проведенні стоматологічних маніпуляцій шляхом раціонального компонування стоматологічного обладнання та інструментарію;
- профілактика перехресної інфекції передбачає дизайн стоматологічного обладнання, яке не ускладнювало б дезінфекцію та догляд за його поверхнею і не сприяло б накопиченню мікрофлори, стерилізації, застосування бар'єрних утилізованих контейнерів.

Успішний результат роботи будь-якої команди, зокрема стоматологічної, складається з кількох складових: етичних норм поведінки, працьовитості та дисципліни. Колектив стоматологічної клініки повинен цінувати, берегти та зміцнювати кращі традиції, що склалися в колективі, знайомити з ними кожного нового співробітника, наполегливо добиватися послідовного слідування їм.

Необхідно пам'ятати, що в колективі стоматологічної клініки немає різних за значущістю завдань, обов'язків та функцій. У зв'язку з цим основними етичними принципами, на яких складаються відносини в команді однодумців, мають бути рівність, взаємоповага, взаємодопомога та довіра. Іноді задля досягнення колегіальних відносин доводиться долати особисті симпатії чи антипатії, приборкувати зайву зарозумілість, почуття заздрості. Взаємна повага всіх представників колективу стоматологічної клініки неможлива без довіри та щирості. На шляху становлення будь-якого лікаря-стоматолога трапляються помилки та недоліки у лікуванні. У більшості випадків колектив стоматологічної клініки за допомогою досвідченіших колег може успішно виправити всі помилки без заподіяння шкоди пацієнтові та спільній справі.

Таким чином, результат праці колективу стоматологічної клініки залежить не тільки від професійної майстерності кожного з його членів, а й від тієї атмосфери, в якій відбувається трудова діяльність, – її психоемоційного клімату. У разі, коли у стоматологічній клініці дотримуються етичної норми, підтримують довірчі відносини, творчий підхід до справи та принциповість в оцінці праці, що поєднуються з високою вимогливістю, лікар-стоматолог повною мірою зможе реалізувати свій потенціал. Проте у тих колективах, де питанням етики поведінки та психоемоційного клімату не приділяється належної уваги, люди працюють не в повну міру своїх сил та можливостей, ініціатива та здібності не розвиваються, що негативно позначається на результаті лікувального процесу.

1.5. Громадська проблема

Ідеал медицини майбутнього, до якого слід прагнути – це медицина здорової людини. У зв'язку з цим лікар-стоматолог може і повинен по можливості проводити роз'яснювальні заходи, спрямовані на профілактику стоматологічних захворювань. Одним із першорядних завдань є ознайомлення широких мас населення з особистою гігієною, зокрема з правилами

гігієни ротової порожнини. Знаходячи зубний наліт і зубний камінь у пацієнта після його розповідей про те, як він добре чистить зуби, лікар стоїть перед проблемою, як повідомити це пацієнту і при цьому його не скривдити. Адже образа неминуче призведе до відсутності взаєморозуміння пацієнта та лікаря, що може негативно позначитися на результаті лікувально-профілактичних заходів.

Професійне та особистісне зростання у спілкуванні, спокійний доброзичливий стан, внутрішня рівновага залежать від лікаря, а не від зовнішніх обставин. Лікарю-стоматологу необхідно розуміти, що він повинен бути еталоном для пацієнта, оскільки при проведенні бесіди про гігієну ротової порожнини пацієнт уважно дивиться на зуби лікаря. І якщо лікар-стоматолог сам нехтує станом гігієни ротової порожнини та неохайним зовнішнім виглядом, його рекомендації звучать непереконливо та іноді образливо. Вказувати на погану гігієну рота необхідно лише підтверджуючи це фактами. Також варто розуміти, що дана тема є чутливою для розмови, тому її обговорення слід проводити конфіденційно.

Іншим важливим питанням є роз'яснення принципів здорового способу життя (при розгляді з погляду стоматологів – збалансованого харчування, відмови від таких шкідливих звичок, як паління), дотримання умов праці.

При цьому слід пам'ятати, що профілактичні рекомендації мають бути науково обґрунтованими і випливати з глибокого вивчення причин хвороби. Обов'язок стоматолога – в індивідуальних бесідах, порадах, а також у лекціях пропагувати зазначені вище положення.

1.6. Адміністративна проблема

Стоматологія як один із напрямів медицини має низку специфічних особливостей, які потрібно враховувати при побудові та модернізації системи управління медичними організаціями стоматологічного профілю. У цій сфері спостерігається підвищений рівень конкуренції порівняно з іншими видами медичних послуг, що зумовлює вироблення специфічних методів та підходів до управління, здатних оптимальною мірою досягти рівноваги між короткостроковими цілями клінік та їх стратегічними перспективами, основними та допоміжними операційними процесами, протистояти загрозам зовнішнього середовища та стимулювати максимально до використання внутрішнього потенціалу.

Одним із дієвих методів управління останнім часом є побудова збалансованої системи показників в організаціях, націлена на ефективне досягнення їх стратегічних цілей.

Однак численні особливості медичних організацій стоматологічного профілю потребують детальнішого опрацювання питань теоретичного обґрунтування та практичного застосування збалансованої системи показників у системі менеджменту стоматологічних клінік.

Одним із найважливіших факторів зовнішнього середовища, що впливає на конкурентоспроможність стоматологічної клініки, є не тільки

і не стільки цінова політика медустанов, скільки первинне та подальші враження клієнтів про якість надання стоматологічної допомоги та зовнішніх атрибутів реалізованих бізнес-процесів. Муніципальні клініки проводять широку рекламну кампанію, залучають велику кількість клієнтів переважно через політику стимулювання, зокрема гнучкої цінової політики, знижок, тоді як приватні стоматологіі акцентують увагу на залученні клієнтів, їх утриманні шляхом персоналізації обслуговування. Муніципальні клініки обмежуються вузьким, стандартним спектром послуг, приватні прагнуть розширення ексклюзивного спектра. Із погляду загальних умов, що зумовлюють роботу приватних і муніципальних стоматологічних клінік, другі знаходяться в набагато менш привабливому положенні з погляду конкурентоспроможності.

Внутрішні фактори стоматологічних клінік, що впливають на їх конкурентоспроможність, відображені в *табл. 3*.

Таблиця 3

Внутрішні фактори медичних організацій стоматологічного профілю

Фактор	Зовнішній прояв фактора
Кваліфікація персоналу	Вміння працювати із сучасними матеріалами та стоматологічним обладнанням; регулярне підвищення кваліфікації; відсутність нарікань з боку пацієнтів щодо взаємодії у процесі надання послуги; надходження позитивних відгуків про кваліфікацію персоналу
Впровадження інновацій в операційні процеси	Використання сучасних матеріалів та інструментів; застосування нового стоматологічного устаткування; впровадження інноваційних методів лікування та протезування
Якість основних та допоміжних бізнес-процесів	Відсутність судових розглядів у зв'язку з недостатньо гарною якістю надання лікарської стоматологічної допомоги; відсутність нарікань з боку пацієнтів щодо якості наданих послуг; надходження позитивних відгуків щодо якості послуг клініки; регулярне оновлення фондів клініки невинробничого характеру; гарантія та післягарантійне обслуговування клієнтів
Розташування клініки	Розташування в місцях масової житлової забудови або в районах із високою діловою щільністю активності; наявність паркувань для авто; можливість зручно дістатися громадським транспортом; відсутність по сусідству об'єктів, здатних заподіяти незручність клієнтам; наявність по сусідству супутньої інфраструктури (продовольчих магазинів, аптек); наявність по сусідству конкуруючих стоматологічних клінік
Час роботи клініки	Робота в години раніше та пізніше основного робочого часу (до 9:00 та пізніше 18:00); робота в нічний час; наявність надання послуг термінової стоматологічної допомоги цілодобово
Рівень цін та асортимент послуг	Доступні ціни для споживачів; обґрунтування цін для VIP-клієнтів; рідкісні інноваційні стоматологічні послуги

Деякі внутрішні чинники не піддаються формалізації, оскільки залежать, з одного боку, від індивідуального сприйняття клієнтами, але, з іншого боку, більшістю сприймаються позитивно і працюють на формування позитивного іміджу медичної організації стоматологічного профілю. Так, наприклад, люди часто з недовірою ставляться до медичних закладів, що знову відкрилися, маючи на увазі, що у них ще недостатньо сформований колектив професійних фахівців, немає достатніх навичок,

масових позитивних відгуків. Ця недовіра важко долається системами стимулювання збуту та доброю рекламою, тому необхідні спеціальні інструменти менеджменту зі встановленням метрик залучення нових клієнтів.

Однією з найважливіших умов високої конкурентоспроможності стоматологічної клініки, особливо платної, є внутрішній благоустрій клініки. Незважаючи на індивідуальність сприйняття комфорту, усі споживачі прагнуть до хорошого освітлення в холі та місцях очікування, зручних крісел, чистоти в місцях загального користування. Негативне відчуття залишають сліди поломок та застарілості в приміщенні, така організація не здатна залучити досить платоспроможну публіку, більш того, це може відштовхнути і споживача мас-маркету. Якщо стоматологічна клініка передбачає у своєму профілі діяльності обслуговування дітей, то потрібна наявність ігрових зон, адміністратора відповідної кваліфікації.

Істотним фактором забезпечення конкурентоспроможності стоматологічної клініки стає адміністратор, який формує загальні та приватні враження про медичну установу на основі особистого спілкування із пацієнтами. Як компетенції на цю посаду медичні установи стоматологічного профілю (причому як приватні, так і муніципальні) нині пред'являють, насамперед, ввічливість, здатність працювати за умов багатозадачності, стресостійкість, уважність до деталей. У той же час адміністратор повинен мати значний пул професійних знань, оскільки координація багатьох бізнес-процесів є його завданням. Керівник повинен мати високий авторитет у своєму колективі, що полягає у свідомості всіх співробітників та думці пацієнтів.

1.7. Колективна проблема

Оскільки успіх будь-якої командної роботи полягає у злагодженості дій, колектив відіграє велику роль у діяльності будь-якого спеціаліста. Особливо важливі відносини у колективі у сфері охорони здоров'я. Стоматолог змушений контактувати з великою кількістю людей, від яких безпосередньо чи опосередковано залежить якість його роботи. Важливо пам'ятати, що праця кожного працівника медичного закладу важлива, а сам стоматолог повинен дотримуватися загальнолюдських правил поведінки. Для молодих спеціалістів, які займаються практичною роботою, колектив набуває особливої значущості – від колективу значною мірою залежить, як швидко молодий фахівець придбає належний досвід та наскільки зможе розкрити свій потенціал.

Не слід боятися визнавати свої помилки, а також надмірно критикувати колег. Необхідно ставитися однаково ввічливо до всіх членів колективу, поважати традиції і порядки стоматологічної поліклініки та зуботехнічної лабораторії. У більшості випадків у спаяному та дружньому колективі за допомогою більш досвідчених колег та керівників усі помилки можуть бути виправлені без заподіяння шкоди пацієнтові та справі.

При цьому необхідно підкреслити, що такий позитивно спрямований розвиток ситуації можливий лише тоді, коли помилка вчасно помічена і не прихована. Самокритика та доброзичлива принципова критика – основа життя колективу, ефективний метод його виховання, згуртування та зміцнення.

Слід пам'ятати, що у лікарському колективі не повинно існувати більш-менш важливих справ, завдань та обов'язків. Усі однаково важливі та однаково значущі. У зв'язку з цим і відносини в колективі між його членами повинні складатися на основі рівності, взаємоповаги, взаємодопомоги та взаємної довіри. У непорушності нормальних колегіальних відносин має бути зацікавлений кожен із представників колективу. Іноді це досягається шляхом подолання особистих симпатій чи антипатій, приборкання зайвої зарозумілості, зачепленого самолюбства, почуття заздрості. В інтересах спільної справи завжди необхідно виявляти максимум такту, взаєморозуміння, взаємної ввічливості та самодисципліни.

1.8. Соціальна проблема

На даний час новітні досягнення медичної науки та техніки змушують по-іншому поглянути на традиційні медичні стандарти деонтології. Стоматологія є однією з найбільш показових галузей медицини, у якій можна описати соціальну взаємодію. За останні 20–30 років з'явилося більше праць, пов'язаних із соціальними аспектами стоматології. У роботах американських дослідників (В. Кокерхам, Л. Коен, О. Ши та ін.) в основному простежується тенденція на популяризацію соціології у стоматології та актуалізацію проблем, що мають соціальний початок.

Виділення стоматології до окремого соціального інституту обумовлено специфікою та значущістю для здоров'я людини. Саме красива посмішка та здорові зуби є не тільки ознакою фізичного здоров'я, але й відображають соціальні фактори: статус, престиж, добробут. Стоматологія впливає на формування цінностей, життєвих стратегій, соціальних відносин у житті людей. Обличчя людини та її посмішка – перші механізми соціальної взаємодії, що детермінують частку успіху людини у суспільстві. Естетично "красиві зуби" насамперед сприятливо впливають на соціально-культурне життя людини, а лише потім виконують своє функціональне завдання. Немає жодної фізіологічної потреби у зайвому відбілюванні зубів або встановленні вінірів, коронок, що створюють "ідеальну усмішку". Навпаки, часто подібні практики призводять до погіршення якості зубів або змушують людину звертатись до стоматолога з певною періодичністю для оновлення результатів естетичного втручання. Однак "ідеальні зуби" (рівні, білі) є частиною еталона краси у західних суспільствах, стан і вигляд зубів посідає значне місце в ідеалах краси багатьох країн світу. Незважаючи на те, що економічно здібні громадяни багато в чому змогли позбавитися захворювань зубів, вони все

ще звертаються до стоматологів, але вже за естетичними послугами. Таким чином, у багатьох суспільствах світу, зокрема українському, формуються нові соціальні норми, що виявляються в освітніх ініціативах, розвитку професійних стандартів, впровадження нових технологій та ін. Усвідомлення значущості здоров'я порожнини рота стає все більш важливим, підкреслюючи роль стоматології у суспільстві.

Стоматологія розпочала свій розвиток як окрема дисципліна у XVIII–XIX ст., коли почали з'являтися перші професійні об'єднання та навчальні заклади. У цей час формувалися основні засади стоматологічної практики, визначалися функції та атрибути. На початку XX ст. із утворенням професійних асоціацій стоматологів розпочався процес легітимації стоматології як професії. Створення освітніх та практичних стандартів підвищило статус стоматологів, заклало основи професійної етики та змінило громадське сприйняття стоматологічних послуг. Ухвалення законодавчих актів, що регулюють діяльність стоматологів, стало важливим етапом інституціоналізації. Ліцензування, сертифікація та акредитація навчальних закладів забезпечили контроль за якістю послуг та захист прав пацієнтів, що зміцнило довіру до стоматологів та їх практики. Із розвитком науки та технологій стоматологія набула наукової основи. Завдяки дослідженням з'явилися нові методи лікування та профілактики захворювань зубів, що змінило підходи до догляду за порожниною рота і вплинуло на соціальні норми у сфері піклування про здоров'я зубів. Інститут стоматології, який пройшов етапи інституціоналізації, посів значне місце у системі охорони здоров'я та суспільстві. Вплив стоматології на формування соціальних норм проявляється через освітні ініціативи, розвиток професійних стандартів та впровадження нових технологій. Усвідомлення значущості здоров'я порожнини рота стає все більш важливим, що підкреслює роль стоматології у суспільстві.

Основні ролі в інституті медицини та стоматології – лікар та пацієнт (хворий). Ключовими складовими статусної позиції лікаря виступають знання та професійні якості, економічні характеристики його посади, соціально-психологічні установки та етичні норми. Вважаємо важливим враховувати і додаткові ролі (медичної сестри, координатора або адміністратора медичної установи та страхового представника), оскільки при взаємодії пацієнта з установою з метою отримання медичної допомоги він проходить через кілька рівнів та фахівців (крім безпосередньо лікаря), які сприяють встановленню соціальних зв'язків, норм та цінностей у рамках медичного інституту. Наприклад, медична сестра виконує не тільки функції догляду за пацієнтами, а й сприяє створенню довірчих відносин між пацієнтом та лікарем. Наголошується і на гострій необхідності соціологічного осмислення взаємин лікаря-стоматолога, дітей та їх батьків. Справа в тому, що згідно з дослідженням, більшість батьків (62–66 %) мають негативний досвід лікування зубів

та передають своїм дітям страх перед стоматологічним лікуванням. Дентофобія, що найчастіше з'являється у дитинстві, є однією з причин зниження загального стоматологічного статусу населення в масштабах країни, а також серйозною перешкодою при діагностиці та лікуванні хвороби, оскільки страх зупиняє людину і не дає звернутися до лікаря. Дії лікаря стоматолога-ортодонта виходять за межі його професійної ролі; для дитини він виступає як агент соціалізації і повинен володіти знаннями вікової психології дітей та деонтології, стимулюючи позитивні поведінкові реакції у дітей-пацієнтів на всіх етапах лікування. Також особистий досвід батьків у спілкуванні з лікарем є визначальним для дитини. Це говорить про те, що важливим аспектом для розуміння взаємодії та засвоєння норм усередині інституту стоматології також є (і впливає) досвід соціалізації, що характеризується впливом ролі батька на дитину.

Перш ніж перейдемо до аналізу функцій стоматології, розглянемо особливості інституціоналізації та фактори трансформації соціального інституту. Розглянемо фактори, що детермінують трансформацію стоматології як соціального інституту:

1. Доступність стоматологічної допомоги. На даний момент стоматологія в Україні є досить розвиненим сегментом медицини, спостерігається широка пропозиція медичних послуг, але в той же час громадяни з низкими доходами неспроможні ними скористатися. На сучасному етапі нетермінові стоматологічні послуги є привілеєм та доступ до них мають лише забезпечені громадяни. Розрив між приватним та державним сектором стоматології породжує нерівність, і вирішення цієї проблеми вимагає сприятливих соціально-економічних умов країни.

2. Цифровізація та цифрова трансформація. Цифрова трансформація – це впровадження технологій і процесів, які без цифрових технологій не існували раніше, перегляд старих моделей. Дані процеси впливають як на стоматологію, так й на всю систему охорони здоров'я загалом. Цифровізація також виражається у дистанційному обслуговуванні пацієнтів, залученні та навчанні пацієнтів та лікарів, електронному записі на прийом, контролі повторних відвідувань, посилюється тенденція на персоналізовану медицину та ін. Поширення доступу до стоматології завдяки цифровізації стає важливим фактором, що ще сильніше впливає на залежність соціального життя людини від діяльності стоматологічних організацій. Завдяки високому рівню комерціалізації сфери стає можливим фінансування дорогої апаратури та потенційне забезпечення більшої кількості громадян інноваційним лікуванням.

3. Поширений доступ до інформації завдяки впровадженню інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ). Впровадження ІКТ у стоматологію стало важливою умовою для переходу стоматологічного знання з табуованого до розряду публічного та популярного. Очевидним

є той факт, що технології ІКТ у стоматології сприяють підвищенню санітарної грамотності населення, що є важливим фактором підвищення тривалості та рівня життя. Сьогодні в інтернеті, зокрема у соціальних мережах, існує величезна кількість інформації про захворювання порожнини рота та необхідність зміни своєї посмішки, що поширюються як незалежними лікарями, так і стоматологічними клініками.

4. Впровадження соціальних дисциплін у програми стоматологічної освіти. Вивчення студентами-стоматологами соціальних та гуманітарних дисциплін є дуже важливим елементом підготовки спеціалістів. Соціальні фактори та умови життя дуже сильно впливають на здоров'я людини і перспективи його зміни. Розуміння соціологічних аспектів медицини та здоров'я, а також знайомство з особливостями соціальної роботи стало важливим для сучасного стоматолога, формує його світоглядні навички та підвищує рівень соціальної відповідальності як громадянина та фахівця.

Розглянувши напрями трансформації, назвемо функції соціального інституту стоматології, спираючись на систему AGIL (запропоновану Толкоттом Парсонсом):

- адаптація: модернізація та цифровізація системи стоматологічної допомоги, впровадження нових технологій та матеріалів, розвиток онлайн-консультацій у стоматології;

- цілесюагнення: профілактика та зміцнення здоров'я зубів і порожнини рота, підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги, поліпшення якості життя пацієнтів, формування культури догляду за зубами та порожниною рота;

- інтеграція: вдосконалення організації стоматологічної допомоги, формування громадських організацій із захисту прав пацієнтів у стоматології, розвиток міждисциплінарної взаємодії стоматології з іншими галузями науки та сфер життя;

- підтримання цілісності: відтворення кадрів у системі стоматологічної освіти, професійна соціалізація стоматологів, трансляція соціально-рольових моделей та ціннісно-нормативних зразків поведінки у стоматології, вироблення та підтримання етичних стандартів у стоматології, присвоєння статусних позицій в ієрархії стоматології.

Стоматологія як соціальний інститут, орієнтований на забезпечення здоров'я порожнини рота, стикається з низкою дисфункцій, що впливають на якість надання послуг та доступність догляду для населення. Ці дисфункції підривають цілісність інституту, ускладнюючи його ефективність та досягнення бажаних результатів:

- фактичне зниження доступності стоматологічної допомоги у системі бюджетного стоматологічного обслуговування;

- нерівне забезпечення доступності стоматологічних послуг та вдавання до самолікування (розвиток альтернативної медицини);

- існування тіньових стоматологічних послуг;

- зростання платних стоматологічних послуг та одночасне скорочення кількості стоматологічних організацій;

– нерівномірний доступ до якісної стоматологічної допомоги. Фінансові бар'єри, географічна віддаленість від спеціалізованих клінік, недолік кваліфікованих кадрів в окремих регіонах – все це призводить до того, що частина населення позбавлена можливості одержати необхідне лікування. У результаті зростає ризик розвитку серйозних захворювань ротової порожнини, що може негативно вплинути на загальне здоров'я та якість життя;

– низький рівень профілактики у стоматології. Багато людей не знають про важливість регулярних профілактичних оглядів, неправильно доглядають за зубами та яснами. У результаті профілактичні заходи перетворюються на необхідність лікування вже існуючих проблем, що потребує значно більших витрат часу та фінансових ресурсів;

– проблема недовіри до стоматологів. Багато пацієнтів бояться болочих процедур, бо не довіряють медичному персоналу або просто не мають достатньо інформації про сучасні методи лікування. Це може призвести до відмови від необхідної допомоги, що зрештою посилисть проблему.

Відповідно до системи AGIL, запропонованої Т. Парсонсом, передбачається, що соціальні системи функціонують у відносній стабільності, проте насправді соціальні системи схильні до постійних змін і криз. Модель може не враховувати динаміку змін та адаптацію систем до нових умов, що робить її менш ефективною для аналізу швидко мінливих соціальних реалій.

Спробуємо також узагальнити та сформулювати більш універсальні функції, які описують інститут стоматології:

1) Основна функція стоматології полягає у профілактиці, діагностиці та лікуванні захворювань ротової порожнини.

2) Освіта та просвітництво є також важливою функцією, оскільки навчання пацієнтів правильному догляду за зубами та яснами поліпшує загального стану здоров'я та знижує ризик стоматологічних захворювань.

3) Соціальна стратифікація проявляється особливо у сфері естетичної стоматології, оскільки доступ до подібних послуг може бути показником соціального статусу, фінансового благополуччя та належності до певної соціальної групи.

4) Соціальна адаптація та комунікація. Стоматологія допомагає людям відчувати себе впевнено в соціальних ситуаціях, що позитивно позначається на їх самооцінці та міжособистісних відносинах. А ось проблеми із зубами, навпаки, можуть призвести до соціальної ізоляції та зниження якості життя, тому стоматологічна допомога має важливе значення для соціальної інтеграції.

5) Соціальна підтримка. Стоматологія надає підтримку пацієнтам, яким допомагає справлятися з тривогою та страхами, пов'язаними з лікуванням зубів. Професійні стоматологи навчені не тільки лікувати фізичні проблеми, а й в деякому сенсі мають навички психолога, що важливо для створення комфортної атмосфери під час візитів, а також підвищити ефективність лікування.

б) Стоматологія також виконує економічну функцію, коли забезпечує робочими місцями та сприяє розвитку суміжних галузей (фармацевтика, виробництво стоматологічних матеріалів та ін.). Крім того, здоров'я порожнини рота пов'язане з продуктивністю праці та успішністю працевлаштування.

Таким чином, ми виділили структурні елементи, ролі та функції стоматології як соціального інституту. Для посилення положення про необхідність розгляду стоматології як інституту, розглянемо існуючі у секторі соціальні практики.

Соціальні практики – сукупність дій індивідів, людських спільностей та організацій, спрямованих на забезпечення сталого функціонування соціальних інститутів та суспільства в цілому. Діяльнісний потенціал реалізується через соціальні практики, а аналіз соціальних практик дозволяє пояснити важливі аспекти соціальних змін у сучасному світі.

Перед початком аналізу соціальних практик у сфері здоров'я дамо інтерпретацію самому поняття "здоров'я". У соціології існують різні підходи до його визначення, але у межах цієї роботи візьмемо визначення ВООЗ: "Здоров'я – стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби та фізичних дефектів". Воно є найбільш оптимальним, оскільки охоплює як медичний, так і соціально-психологічні аспекти.

Для аналізу соціальних практик, пов'язаних зі здоров'ям зубів, назвемо два критерію. Перший – безпосереднє фізичне здоров'я зубів, можливість здійснювати жувальну функцію, відсутність хронічного болю та ін. Цей критерій цікавить нас як соціологів, тому що здійснення фізичних функцій також пов'язане із соціальною активністю людини та усвідомлення своєї нерівності серед інших людей може призводити до невпевненості або соціальної ексклюзивності.

Другий критерій – естетична краса зубів. Незважаючи на поширеність думки про те, що краса суб'єктивна для кожної людини, безліч досліджень доводить, що це не зовсім так. По-перше, існують припущення, що прагнення людини до краси відбиває роботу базового інстинкту. Ми сприймаємо красу не як раціональне споглядання, а як відповідь на фізичну необхідність. Більш сучасний підхід у галузі нейробіології свідчить про те, що частина мозку, що відповідає за винагороду, починає активно працювати, коли людина бачить привабливе обличчя. По-друге, певний стандарт краси змінюється залежно від культури, а також у різних історичних періодах усередині однієї культури. Зараз у багатьох сучасних суспільствах саме білі та рівні зуби є еталоном краси та допомагають чи обмежують людину у здійсненні соціальної функції.

Феномен "білих і рівних зубів як соціальної прерогативи" добре описаний у американських дослідженнях, оскільки саме там білі зуби є одним з основних маркерів успішності. Білі та рівні зуби стали важливими у суспільстві завдяки двом факторам: 1) розвитку стоматологічного

знання та технологій лікування; 2) активній пропаганді у ЗМІ, медіа та кіно культурі краси, яка проголошує єдині стандарти привабливості, що включають білі та рівні зуби. Починаючи з 1950-х років в Америці, а потім і в усьому світі почався активний розвиток індустрії реклами та медіа. Відбулося неймовірне зростання у прибутку та розвитку багатьох індустрій, зокрема стоматології та стоматологічної хірургії, пов'язаною у тому числі з пластичною хірургією. "Краса" зубів – фактор успішного здійснення соціальних функцій людини (трудової, комунікативної, соціалізуючої), пов'язаний із соціально придбанним, визначеним статусом.

Дослідження показують, що люди з красивими та здоровими зубами найчастіше сприймаються як більш привабливі, успішні та впевнені у собі. У 2007 р. під керівництвом Анни Білл під час опитування споживачів серед 528 американців було виявлено значні відмінності в оцінці фото людей до і після косметичного лікування зубів. Незважаючи на те, що в жодного з досліджуваних до лікування не було карієсу і були присутні всі зуби, більш сприятливі риси були присвоєні тим, хто переніс косметичні процедури. Такі люди сприймалися як більш привабливі, успішні в кар'єрі, популярні, розумні, цікаві, доброзичливі та добрі. Таким чином, здоров'я наших зубів явно відіграє важливу роль у сприйнятті іншими нашої зовнішності та нашої особистості.

Важливу роль, яка формує соціальні практики людей, відіграє реклама приватних стоматологічних клінік. З одного боку, вона підвищує обізнаність суспільства про існуючі технології та процедури для покращення посмішки, способах лікування, його необхідності тощо, а з іншого – формує суспільне сприйняття того, що красиві та здорові зуби є необхідним атрибутом для людини. Той факт, що стоматологія є сегментом медицини, за який українці звикли платити, однією з особливостей стоматології є те, що пацієнти часто мають вищі вимоги до якості лікування та обслуговування, ніж при взаємодії з безкоштовними фахівцями. Загалом у медицині спостерігається тенденція до персоналізованого обслуговування пацієнта. Специфіка соціальних практик у взаємодії між пацієнтом та стоматологом обумовлена статусом платної медичної послуги та вищими вимогами з боку пацієнта.

Примітний і факт того, що українці не сліпо вірять у те, що платність послуги обов'язково передбачає якісну допомогу. Основним фактором задоволеності наданою послугою та якістю лікування є рівень довіри, яку зміг завоювати лікар. А вибір стоматолога найчастіше відбувається завдяки рекомендації друзів та знайомих. Незважаючи на те, що реклама є механізмом поширення необхідності піклування про зуби, вона не є основним фактором при виборі відповідного лікаря. Імовірно, таке відбувається у спробі подолати невизначеність, пов'язану з вибором.

Процес інституціоналізації стоматології можна представити як еволюцію, що проходить через такі ключові етапи. По-перше, виникнення потреби у лікуванні зубів пов'язане зі зростанням населення, підвищенням рівня життя та появою нових форм харчування. Поява стоматологічної практики, як окремої сфери діяльності, стала відповіддю на цю потребу. По-друге, розвиток інструментів та технік лікування зубів став причиною виникнення специфічних знань та навичок, що вимагають окремої підготовки та спеціалізації медичних працівників. І, по-третє, завдяки розвитку стоматологічної практики стало необхідним встановлення норм та правил її здійснення. Ці норми закріплювалися у формі професійних стандартів, етичних кодексів та законодавчих актів, що регулюють діяльність стоматологів.

2. ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА У ПРАКТИЧНІЙ РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Надання медичних стоматологічних послуг – це складна діяльність, що вимагає багатьох знань та умінь, технології роботи з біологічними елементами, які можуть бути непередбачуваними, а також знання медичної психології. Хвороби зубів, органів та тканин порожнини рота людини є предметом професійної діяльності лікарів-стоматологів. Порожнина рота – унікальна частина людського організму, яка, як відомо, виконує безліч функцій, повага яких є обов'язковою для біоетичного до неї ставлення.

Етичний обов'язок стоматолога – поважати право пацієнта на самостійне прийняття рішень. Пацієнти хочуть вірити, що їх лікар завжди ставить абсолютно точний діагноз і ніколи не помиляється у лікуванні, але це просто неможливо. Як і в будь-якій іншій спеціальності, у стоматології можливі помилки. Їх виникнення пов'язане з впливом на лікаря різних людських факторів, таких як: втома, помилки інших людей, брак часу та ін. Комбінація людських взаємовідносин та технологічних моментів збільшує ймовірність лікарських помилок.

Однією з основних маніпуляцій стоматолога-терапевта є препарування. В основі виникнення можливих етичних проблем при препарування лежать: хворобливе препарування, перегрівання тканин зуба, травма органів та тканин порожнини рота, "випадковий" розтин порожнини зуба та ін. Пацієнт найчастіше не має достатніх знань у стоматології, що дозволяє лікареві приховати свої помилки. Наприклад, оцінюючи якість борів, стоматолог наперед знає, що не зможе здійснити препарування так, як цього вимагають правила, але продовжує виконання маніпуляцій, не звертаючи уваги на зазначений факт.

Одним із найскладніших завдань стоматолога-терапевта є ендодонтичне лікування. Професійно-етичні проблеми пов'язані з ускладненнями після ендодонтичних процедур. Пацієнт нерідко звинувачує лікаря у неякісному проведенні ендодонтичного лікування, яке призвело до ускладнень та закінчилося видаленням зуба. Наприклад, у практиці стоматолога часто

трапляються випадки поломки файлів у каналі, перфорація стінок каналу або вихід матеріалу за верхівку кореня зуба, що зрештою може призвести до втрати зуба через неможливість його подальшого терапевтичного лікування. Тому часто пацієнт залишається не поінформованим про ці помилки та лікар, не повідомивши, усуває наслідки своєї помилки.

Етика вимагає, щоб лікар повідомляв пацієнта про свої помилки, якщо ці помилки впливають на стан здоров'я пацієнта. Відкрите визнання та аналіз помилок приносять користь і пацієнту, і стоматологу, і всій практиці. Лікар повинен визнавати та вчитися на своїх помилках. Якою б неприємною була помилка, вона не є свідченням неетичної поведінки чи некомпетентних дій стоматолога. Помилка у лікуванні пацієнта не тягне за собою автоматично юридичної відповідальності лікаря.

На даний час під *лікарською помилкою* розуміють невинне заподіяння шкоди внаслідок "сумлінної помилки" лікаря, яка заснована на недосконалості сучасного стану медичної науки та методів дослідження, особливому перебігу захворювання у певного хворого або на нестачі знань та досвіду лікаря, але без елементів недбалості, професійного невігластва. Слід наголосити, що "*лікарська помилка*" – це не навмисна дія.

Помилки ділять на декілька груп: діагностичні (нерозпізнавання або неправильне розпізнавання хвороби), лікувально-тактичні та лікувально-технічні (помилки в організації лікувальної допомоги).

Причини етико-деонтологічних помилок багато в чому полягають у тому, що велика кількість медичних працівників, яка до того ж збільшується з року в рік, не може складатися виключно з талановитих та обдарованих особистостей із невичерпним джерелом щедрого душевного багатства. Лікар – це насамперед людина з певною мораллю, психологією тощо, а також професіонал, який має певні обов'язки, які називаються боргом.

Поява професійно- та морально-етичних проблем пов'язана з моральним та професійним рівнем лікаря. На жаль, неможливо навчити лікаря, як не допустити недбалого ставлення до хворого, оскільки ці вчинки обумовлені мораллю людини, її чесністю та порядністю. Але чим вищий професійний рівень лікаря, тим менше професійних помилок, і він (вона) стає наставником, а не критиком. Таким чином, підвищувати свій професійний рівень слід не використовуючи репутацію іншого лікаря, а вдосконалюючи свої знання, уміння, навички. З метою профілактики таких професійно-етичних конфліктів слід досконало володіти технікою та методикою виконання ендодонтичних процедур, при цьому не наражаючи пацієнта на ризик втрати зуба. Лікарська етика охоплює сукупність норм поведінки і моралі, визначає почуття професійного обов'язку, честі, совісті та гідності лікаря. Всім відоме прислів'я: "Не помиляється той, хто нічого не робить". Навряд чи знайдеться лікар-стоматолог, який не допустив жодної помилки. Так згадаймо ж про гідність і почнемо поважати своїх колег

і самих себе. Крім того, головним етичним боргом стоматолога є поставити пацієнта до відома про свою помилку і дати право пацієнтові вирішити чи продовжувати лікування у цього стоматолога.

Необхідно відзначити, що відповідальність медичних працівників за порушення прав громадян у сфері охорони здоров'я може бути цивільною, кримінальною, адміністративною та дисциплінарною.

3. ЯТРОГЕНІЇ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Оскільки медицина – не точна наука, існує багато ситуацій, коли те чи інше лікування може супроводжуватися негативними наслідками. Такі стани описуються медичним терміном "ятрогенія", який має кілька варіантів трактування.

Уперше поняття "ятрогенні захворювання", тобто захворювання "породжені лікарем", у медицині сформулював німецький психіатр О. Бумке, який спостерігав негативні наслідки впливу лікаря на психіку хворого. Пізніше термін "ятрогенія" отримав широке поширення у лікарському середовищі. Різні медичні фахівці трактують термін "ятрогенія" по-різному. Наприклад, судмедексперти "ятрогенією" по-старому описують абсолютно всі випадки лікарських помилок. Деякі лікарі ототожнюють ятрогенію з навмисним або ненавмисним заподіянням шкоди здоров'ю пацієнта. Треті розуміють під цим терміном несприятливий результат після проведеного лікування. У деяких публікаціях навіть насильство над пацієнтами як нав'язування методу лікування відносять до ятрогенії.

Ятрогенія (грец. *ιάτρος* "лікар" + *γενεά* "народження") – погіршення фізичного або емоційного стану людини, ненавмисно спровоковане медичним працівником. Не всі ятрогенії виникають у результаті помилок медичних працівників, тому до ятрогенії слід відносити нещасний випадок, обгрунтований ризик, крайню необхідність, лікарську помилку (протиправну та невинну) та ін. Таким чином, лікарська помилка – це лише різновид ятрогенії.

У десятому виданні Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) терміну "ятрогенія" надається широке визначення. Відповідно до нього, *ятрогенія – це будь-які небажані чи несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних утручань або процедур, що призводять до порушення функції організму, обмеження звичайної життєдіяльності, інвалідизації чи навіть смерті. Також вказується, що ятрогенія – це ускладнення медичних процедур, які розвинулися внаслідок помилкових та неправильних дій лікаря.* Така думка надзвичайно однобока і небезпечна, як і думка про те, що ятрогенія – це пряме заподіяння шкоди пацієнту. У жодному разі не можна ототожнювати ятрогенію з тим чи іншим проявом ускладнень, що виникають внаслідок неправильних чи некваліфікованих дій медичного фахівця.

Як відрізнити ятрогенію від ускладнення після медичного втручання? Безумовно важливо і потрібно розділяти ускладнення та ятрогенію. Ускладнення може бути проявом ятрогенії, але не всі випадки ятрогенії – ускладнення. Ятрогенія – це широкий збірний термін, який поєднує поняття багатьох патологічних станів, що формуються під впливом медичних лікувально-діагностичних маніпуляцій. Ці процеси на сьогоднішній день не мають чітких визначень і тим самим вводять в оману і лякають фахівців. Ятрогенія охоплює явища, які можуть виникати як з вини некваліфікованої медичної допомоги, так і з причин, що не залежать від якості проведеного лікування. Ускладненням називають патологічний процес, який етіологічно та патогенетично пов'язаний з основним захворюванням. Іншими словами, ускладнення – це погіршення перебігу захворювання, лікування якого проводиться на даний момент або проводилося раніше. Таким чином, ускладнення – це одна з форм ятрогенних проявів.

Навіть у найпростішому випадку, коли пацієнт купує лікарські препарати в аптеці, його відкрито попереджають про можливі небажані процеси у результаті або після лікування. В інструкції вони прописані в розділі "побічні ефекти". Це також прояви ятрогенії, яка так чи інакше може супроводжувати терапевтичне лікування основного захворювання пацієнта.

Виходячи з профілю ятрогенії та їх ролі в конкретних патогенетичних ситуаціях та загальній танатології, ятрогенії можна поділити на три категорії:

– *I категорія* – патологічні процеси, реакції, не пов'язані патогенетично з основним захворюванням або його ускладненням і не відіграють істотної ролі у загальній танатологічній оцінці випадку;

– *II категорія* – патологічні процеси, реакції та ускладнення, зумовлені медичним впливом (проведені за обґрунтованими показаннями та виконані правильно маніпуляції). Ятрогенії цієї категорії не знаходяться у прямому патогенетичному зв'язку з основним захворюванням або його ускладненнями та не завжди можуть бути чітко відмежовані від ускладнень, зумовлених індивідуальними особливостями та станом конкретного хворого. У патологоанатомічному діагнозі ятрогенії II категорії повинні посідати місце ускладнення або другого захворювання у комбінованому діагнозі;

– *III категорія* – патологічні процеси, незвичайні смертельні реакції, зокрема зумовлені неадекватними, помилковими або неправильними медичними впливами, що стали причиною смерті. У патологоанатомічному діагнозі ятрогенії III категорії повинні виставлятися на перше місце та оцінюватися як початкова причина смерті (основне захворювання).

У МКХ-10 чітко визначено ситуації, коли ятрогенії обов'язково треба ставити на перше місце:

1. Передозування препаратів. Треба ставити на перше місце, незалежно від чого лікувався хворий. Тут і рак, і інфаркт стають на другий план.
2. Неправильне призначення лікарського засобу.

3. Непрофесійне виконання діагностичних чи лікувальних процедур. На жаль, ці позиції важко довести. Патологоанатому тут не можна брати всю ініціативу тільки на себе, а обов'язково слід спиратися на колективну оцінку спеціалістів. Висновок треба робити на підставі засідань комісій із вивчення летальних наслідків, клініко-експертних комісій, клініко-анатомічних конференцій, де це питання вирішується колегіально.

4. Смерть при профілактичних заходах (наприклад, у зв'язку з вакцинацією).

5. Смерть від наркозу (який важко діагностується).

6. Анафілактичний шок.

В інших випадках ятрогенії вказуються в рубриці ускладнень або супутніх захворювань.

"Перш ніж отримати диплом, кожен лікар підписується під своєю винністю". Ми вже винні в тому, що ми лікарі. Якою б надлюдиною не був лікар-стоматолог, якого б професійного рівня він не досяг – після лікування пацієнта завжди існує можливість розвитку несприятливих наслідків того чи іншого ступеня тяжкості. Щоб змінити ставлення до ятрогенії, про неї потрібно багато і часто говорити. Не можна допускати невизначеності у цій і так маловивченій темі. Крім того, бажано, щоб лікарі розуміли, на якому рівні потрібно розмовляти з пацієнтом, а саме – могли в максимально доступній формі розповісти про можливі неприємні процеси, які супроводжують лікування. Важливо спокійно приймати той факт, що ятрогенія існує, і що будь-яка маніпуляція, будь-який контакт із пацієнтом може мати певні негативні наслідки. Тому, перш ніж приймати рішення про проведення того чи іншого лікування, необхідно оцінити, чи можна порівняти можливий ризик з очікуваною користю від втручання лікаря. Лікар має бути максимально відвертим зі своїм пацієнтом. Але для цього необхідні однозначні та зрозумілі визначення основних термінів та їх класифікація, які зараз, на жаль, у лікаря відсутні.

Медичний фахівець та його пацієнт мають чітко відрізнити ятрогенію від ускладнень, а також розуміти, які процеси є наслідком лікарської помилки, а які не залежать від якості лікування. Якщо тема буде відкрита та зрозуміла для всіх сторін, ніхто не боїтиметься ділитися інформацією.

Що необхідно зробити для того, щоб ситуація навколо визначення процесів ятрогенії та їх чіткої термінології кардинально змінилася? Це питання має вирішуватись на державному рівні. Необхідна тривала та злагоджена робота, починаючи від створення медичних досліджень до вирішення юридичних аспектів та надання даних на рівні Міністерства охорони здоров'я України. Кінцевим результатом має стати нова термінологія та офіційний перелік можливих патологічних процесів з їх однозначною класифікацією. Ця інформація має стати основою для укладання юридично правильних договорів між лікарем-стоматологом та його пацієнтом.

Кожен стоматолог розуміє, до якого роду діяльності він залучений, і які особливості трапляються у його практиці. Лікаря потрібно детально вивчити можливі наслідки після медичних втручань – від введення знеболювального препарату до трепанації кістки. Особливу увагу необхідно приділяти складанню письмових договорів із пацієнтом, у яких слід фіксувати можливі негативні наслідки кожної медичної процедури. І найголовніше – акуратно вживати термін "ускладнення". Особливо для опису тих станів, які ускладненням абсолютно не є.

Грунтуючись на визначенні ВООЗ та аналізуючи причини та механізми виникнення запалення в слизовій оболонці верхньощелепного синуса більшості пацієнтів, які звертаються до стаціонару та на амбулаторний прийом, можна з упевненістю сказати, що на сьогоднішній день у стоматології переважають ятрогенні верхньощелепні синусити. Класичний одонтогенний гайморит, який виник у результаті несвочасної санації ротової порожнини, у сучасних умовах спостерігається рідко. Широке впровадження у практику ставлення до ятрогенних гайморитів у сучасній її науковій інтерпретації може стати аргументом на захист лікаря-стоматолога при виникненні патологічного стану у верхньощелепному синусі після проведеного якісного стоматологічного лікування. Ятрогенні ускладнення з боку верхньощелепного синуса не завжди пов'язані з припущенням лікарської помилки. Нерідко негативні наслідки проведеного лікування обумовлені анатомічними особливостями та патологічними змінами.

Ятрогенна патологія на сьогодні є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки безперечні успіхи медицини виявилися тісно пов'язаними з небезпечними наслідками для хворих. Імовірність ятрогенії на даний час збільшується у зв'язку з деякими факторами: по-перше, для сучасної людини характерна коморбідність; у середньому до 50 років кожна людина має не менше трьох поточних хронічних захворювань; внаслідок цих захворювань людина приймає два або три лікарські препарати – у цій ситуації ймовірність несприятливих лікарських взаємодій збільшується; звертаючись до кількох фахівців, пацієнт від кожного отримує численні рекомендації, що часто суперечать один одному. По-друге, нерідко має місце феномен антикорпоративності, коли кожен наступний лікар або консультант зневажливо відгукується про знання колеги попередника та повністю змінює терапію, в результаті чого відбувається формування та фіксація іпохондричних тенденцій, інколи розвиваються вторинні ятрогенні розлади.

Найважливішим завданням медицини ХХ ст. є обмеження поширення пандемії медичної ятрогенної шкоди. Важко щось додати до слів Гіппократа, який витримав випробування часом і не втратив свого значення і сьогодні: "Життя коротке, шлях мистецтва довгий, зручний випадок скороминущий, досвід оманливий, судження складне. Людські потреби змушують нас вирішувати та діяти. Але якщо ми будемо вимогливими до себе, то не лише успіх, а й помилка стане джерелом знання".

4. ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ У ПРАЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

На даний час новітні досягнення медичної науки та техніки змушують по-іншому поглянути на традиційні медичні стандарти деонтології. Старий принцип "лікар–пацієнт" замінено на новий "лікар–апарат–пацієнт". Технічний прогрес у медицині не повинен відсувати особистість пацієнта на другий план. Медицина була і завжди буде медициною особистості, медициною для людини з досить складним світоглядом. Впевненість – один із наріжних каменів у медицині. Пацієнт вибере тільки того фахівця, якому він довіряє. Контакт лікаря з пацієнтом – це вже початок терапевтичного процесу. Лікар, якому не довірено довіру пацієнта та який не дбає про полегшення душевних страждань пацієнта, не може лікувати. Щоб завоювати довіру та престиж пацієнта, потрібно бути добрим лікарем. Щоб бути добрим лікарем, необхідно не тільки підвищувати професійні знання, а й удосконалювати моральні якості (доброту та любов до людей). Це має стати звичкою.

Лікарі все частіше стикаються з необхідністю переконувати пацієнтів у доцільності призначеного лікування та розцінюють такі ситуації як результат відсутності колишньої поваги громадян до медиків. Відомо, що пацієнти краще сприймають інформацію при демонстрації майбутніх маніпуляцій, кінцевого результату лікування, проте показати це не завжди можливо, що породжує сумніви у пацієнта щодо необхідності проведення даних процедур.

Найчастіше з такою проблемою стикається стоматолог-хірург, оскільки лікування захворювань порожнини рота за допомогою оперативних втручань супроводжується вираженими реакціями організму, такими як набряк, гіперемія, гематоми, а також функціональні порушення. Хірургія у стоматології містить безліч маніпуляцій, спрямованих на відновлення щелепножувального апарата: видалення зубів різного ступеня складності, зубозберігаючі операції, операції на кістковій тканині (кісткові пластики, синус-ліфтинг), імплантація в ділянці відсутніх зубів, операції на м'яких тканинах (вестибулопластика, френулопластика, усунення рецесій ясен) та ін. Пацієнту важко погодитися на оперативні втручання, які не лише супроводжуються болючим післяопераційним періодом, але складні в оцінці результату простої людини, не пов'язаної з медициною. Хворі бояться болю, страждань, наслідків операції, результату захворювання, багато хто відчуває страх наркозу і місцевої анестезії. Специфіка роботи стоматолога-хірурга полягає у здатності допомогти пацієнту подолати внутрішнє протиріччя: зробити складну операцію, щоб отримати гарну і здорову посмішку, або залишити все без змін ("бо поки що не турбує"). І тут основним моментом буде довірче ставлення пацієнта до свого лікаря, який, у свою чергу, повинен пояснити всю необхідність і правильність конкретного лікування. У цьому випадку хворі переважно погоджуються на малоінвазивні операції, з мінімальними ускладненнями та порушеннями звичних їм функцій у післяопераційному періоді.

Часткова та повна втрата зубів, що виникають із різних причин, є одним із найпоширеніших серед населення захворювань ротової порожнини. Найчастішим способом вирішення цієї проблеми є реабілітація пацієнтів за допомогою дентальної імплантації. Успіх імплантологічного лікування, отримання довгострокового прогнозованого результату саме на хірургічному етапі визначаються об'єктивною діагностикою та грамотним плануванням з урахуванням загального соматичного здоров'я пацієнта, а також адекватним виконанням етапів лікування. Дуже часто реабілітація пацієнта починається з видалення сильно зруйнованих, рухливих, а також інтактних зубів, які не мають вже функціональної цінності. Як і всі хірургічні етапи дані маніпуляції супроводжуються сильними емоційними переживаннями, хвилюваннями та стресом хворого. Непростим для пацієнта є також післяопераційний період, що супроводжується хворобливими відчуттями, набряком м'яких тканин, обмеженнями звичного жування, відкривання рота та посмішки. Після відновлення проводиться оперативне лікування, дентальна імплантація з подальшим протезуванням ортопедичними конструкціями. Пройшовши такі складні етапи реабілітації, які не тільки травматичні та важко переносяться пацієнтом, але й фінансово затратні, хворому хочеться отримати гарантію на виконану роботу. Лікар-стоматолог не тільки може заспокоїти хворого, а й зобов'язаний надати впевненість у початому лікуванні, показавши йому успішно проведені клінічні випадки та гарні посмішки задоволених пацієнтів. Лікування ускладнень, що виникають на етапах імплантатного лікування, залишається важливою проблемою, оскільки запалення, що прогресують протягом тривалого часу, призводять до пошкодження тканин та кістки у місці імплантації.

Потрібно пам'ятати про те, що поведінка пацієнта під час стоматологічного лікування пов'язана з його психоемоційним станом. Якщо маніпуляції лікаря-стоматолога спричиняють у пацієнта такі реакції, як тривога, почуття страху, напруженість м'язів тіла, то він потребує попередніх спеціальних деонтологічних та психологічних заходів. Для налагодження контакту зі своїм пацієнтом лікарю-стоматологу насамперед необхідно встановити з ним ввічливі та довірчі відносини. Цьому сприяють певний стиль поведінки, манера говорити, уміння підібрати потрібні слова, що сприяють зняттю емоційної напруги. Тактику налагодження контакту з пацієнтом слід підбирати залежно від рівня культури, психосоматичного статусу, що визначається віком, темпераментом, особистісними якостями, особливостями поведінки та настроєм. Створити комфортне середовище для стоматологічного лікування допомагає проста довірча бесіда з пацієнтом. Грамотно проведені заходи щодо налагодження довірного контакту з пацієнтом, що включають оцінку культурного рівня та психоемоційного стану, знижують кількість несприятливих ситуацій під час лікування, що сприяє підвищенню якості наданої стоматологічної допомоги.

Таким чином, довірче ставлення пацієнта до лікаря – це одна з головних складових лікарського мистецтва, яка спонукає пацієнта звернутися за допомогою та вирішити свої проблеми. Використання сучасного обладнання дає можливість придушити страх, тривогу, хвилювання пацієнта на прийомі у лікаря та адаптувати хворого до майбутніх маніпуляцій, а також дозволяє провести своєчасну безболісну діагностику та виявити відхилення на ранній стадії і тим самим уникнути небажаних сценаріїв.

Ситуаційні завдання

Завдання 1

До Вас на прийом прийшла хвора В., 57 років, яку протягом останніх трьох років турбує парестезія у ротовій порожнині. З анамнезу життя та захворювання Вам вдалося з'ясувати, що вона зверталася з аналогічними скаргами до різних поліклінік міста, де їй виставлявся діагноз – кандидоз. Після огляду пацієнтки у Вас склалася зовсім інше думка. Ви змінили діагноз, призначили ретельне обстеження та додаткові консультації суміжних фахівців. У результаті Ваш діагноз було підтверджено. Пацієнтка плаче, засмучена, що досі їй неправильно лікували, оскільки діагноз неточний. Потрібно пояснити, чому так сталося. Якою має бути Ваша тактика?

А. Лаятимете колег за неуважність і безграмотність.

В. Станете посилатися на складний діагноз і труднощі в діагностиці, пояснити, що низка захворювань має багато спільного у клінічній картині.

С. Спробуєте пояснити, що лікування було правильним і ніякої шкоди не завдало, а Ваші колеги теж намагалися знайти правильну тактику лікування.

Д. Скажете репліку "Лікуватися треба у справжніх лікарів" і більше нічого.

Завдання 2

До кабінету ортопедичної стоматології звернувся пацієнт Н. з діагнозом часткова вторинна адентія та обтяженим алергологічним анамнезом. Зі спілкування з хворим стало відомо, що він вважає етап протезування не складним лікувальним процесом, а просто "вставлянням зубів". Хворий ігнорує питання лікаря щодо алергологічного анамнезу, виду протеза, який йому показаний. Він наполягає на протезуванні будь-якими матеріалами та у найкоротші терміни. Відмовляється від запропонованого додаткового обстеження у алерголога, посилаючись на сильну зайнятість. Якою має бути в даному випадку Ваша тактика?

А. Запропонуєте пацієнтові звернутися до іншого лікаря.

В. Послухаєте хворого та виконаєте всі його умови.

С. Будете терпляче переконувати пацієнта у необхідності виготовлення та використанні показаної йому ортопедичної конструкції, а також проведенні додаткового обстеження у алерголога.

Завдання 3

До Вас на прийом звернулася пацієнтка зі скаргами на виразку на бічній поверхні язика, яка не гоїться протягом двох місяців. Ви призначили пацієнтці проведення біопсії. Дослідження виявило малігнізацію. Додаткове обстеження встановило множинні метастази, що вражають життєво важливі органи. Що Ви повинні сказати: а) пацієнтці; б) родичам? Яка має бути Ваша подальша тактика при роботі з цією пацієнткою?

А. Близьким родичам (яким хвора більше довіряє) скажете всю правду. Решті рідних та відвідувачів не скажете нічого. Вони дізнаються інформацію від довіреної особи тією мірою, якою вона вважатиме за потрібне сказати. Пацієнтці дасте часткову інформацію, не розкриваючи повного діагнозу, але їй не даючи надію на повне одужання. У розмові з хворою обов'язково зауважите, що захворювання виявилося занедбаним і вимагатиме тривалого лікування, можливо проведення не одного оперативного втручання, і що, можливо, для підстрахування доведеться провести курс хіміотерапії чи променевої терапії. Переконаєте хвору не відмовлятися від тактики лікування, а з метою психотерапевтичного впливу використаєте періодичну госпіталізацію і проведете симптоматичне лікування.

В. Будете терпляче вводити в курс справи всіх відвідувачів пацієнтки, ні слова не кажучи їй самій.

С. Відверто розкажете пацієнтці про ситуацію, що склалася, і дасте можливість їй самій поділитися сумними новинами з родичами.

Завдання 4

Під час проведення ендодонтичного лікування у пацієнта, направленого з ортопедичного відділення, зламався каналонаповнювач у дистальному каналі. Спроба витягти уламок інструменту закінчилася невдачею. Рентгенограма показала, що кореневий канал запломбований до верхівки, в ділянці 0,2 см вище апекса знаходиться уламок каналонаповнювача в пломбувальному матеріалі. Якою є Ваша подальша тактика?

А. Спокійно повідомите пацієнта про ускладнення, що відбулося, і поясните, посилаючись на дані рентгенологічного обстеження, що інцидент не спричинить подальших ускладнень, а зуб може бути як опорний при виготовленні ортопедичної конструкції.

В. Закінчите лікування і нічого не скажете хворому про те, що сталося.

С. Попросите колегу з ортопедичного відділення повідомити пацієнту про ускладнення і пояснити його причину.

Завдання 5

На прийом до відділення терапевтичної стоматології звернувся пацієнт із діагнозом загострення хронічного рецидивуючого стоматиту. З амбулаторної карти Вам стало відомо, що він є співробітником Міністерства охорони здоров'я. Пацієнт замкнутий, на запитання відповідає коротко та односкладно. При огляді діагноз підтверджено. Хворий протягом збору анамнезу та огляду неодноразово наголошує, що він прийшов до Вас на прийом лише

для отримання рецептів для придбання лікарських засобів, перелічених у записці. Якою має бути Ваша тактика щодо даного пацієнта?

А. Після встановлення місця роботи хворого запросите завідувача відділення і не оглядатимете пацієнта самостійно.

В. Задовольнятиметеся коротким анамнезом. Проведете обстеження хворого із залученням всіх можливих методів та способів діагностики, навіть тих, які не є необхідними при захворюванні пацієнта.

С. Спробуєте подолати замкнутість пацієнта і зібрати анамнез докладніше. Оглянете пацієнта як звичайного хворого. Беручи до уваги той факт, що він медичний працівник, врахуйте його думку (у межах допустимого) щодо планування та проведення йому лікувально-профілактичних заходів. Призначите обстеження відповідно до поставленого діагнозу. Проконсультуйте пацієнта зі старшим колегою (завідувачем відділення, доцентом, професором). Поясніте хворому необхідну тактику його обстеження та лікування. Призначите необхідні дослідження, лікарські препарати та процедури, не йдучи на поводу у пацієнта.

Д. Після встановлення місця роботи хворого поверхово обстежите пацієнта та призначите йому ті лікарські препарати, які він вимагає.

Завдання 6

Ви працюєте на терапевтичному прийомі. Попередньому пацієнту з діагнозом маргінальний періодонтит було проведено зняття зубних відкладень, внаслідок чого в плювальниці накопичилася значна кількість закривавлених валиків. Медсестра, не зважаючи на цей факт, запросила до кабінету наступного хворого. Як Ви повинні повести себе у цій ситуації?

А. Продовжити прийом пацієнтів, не звертаючи уваги на вміст плювальниці та реакцію на це хворих.

В. Вибачитесь перед пацієнтом, на кілька хвилин припините прийом, запросите до кабінету молодшу медсестру і попросите прибрати вміст плювальниці. Конфіденційно та у ввічливій формі зробите зауваження медичній сестрі, яка допомагає Вам під час прийому.

С. У різкій формі у присутності пацієнтів зауважите середньому медичному персоналу.

Завдання 7

При виконанні заходів професійної гігієни у пацієнтки відбулася фрактура коронки. Пацієнтка засмучена, оскільки зуб видно під час посмішки. Якою має бути Ваша подальша тактика?

А. Порекомендуєте видалити зуб через зруйновані тверді тканини зуба.

В. Огоlosите пацієнтці, що причина інциденту – тендітні тканини зуба і що Ви займатиметеся його лікуванням у плановому порядку.

С. Переадресуєте пацієнтку до ортопедичного відділення, не давши жодних пояснень.

Д. Постараєтесь заспокоїти пацієнтку, вибачитесь та зробите все можливе, щоб у максимальній стислі терміни якісно відновити коронку. За необхідності звернетеся за допомогою до колег з ортопедичного відділення.

Правильні відповіді до ситуаційних завдань

Завдання 1 – В, С; завдання 2 – С; завдання 3 – А; завдання 4 – А;
завдання 5 – С; завдання 6 – В; завдання 7 – D.

Список використаної літератури

1. Губенко І.Я., Карнацька О.С., Шевченко О.Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник. Київ: ВСВ "Медицина", 2021, 3-є вид. 312 с.
2. Психологічна допомога у клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
3. Деонтологія і професійна етика в діяльності лікаря-стоматолога / О.В.Рибалов, І.Ю.Литовченко, С.В.Коломієць, В.Л.Прочанкіна // Український стоматологічний альманах. 2018. № 2. С. 37–40.
4. Ющенко Ю.П., Павленкова О.С. До проблеми формування етико-деонтологічної культури у студентів-стоматологів// Сучасні технології управління навчальним процесом у вищих медичних навчальних закладах: матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю. Полтава, 2014. С. 256–258.
5. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. Біоетика та біобезпека: підручник. Київ: Здоров'я, 2013. 456 с.
6. Рузин Г. П., Григорчук Ю. Ф., Голик В. П., Зосимов А. Н. Основи деонтології в стоматології: навч. посібник для стомат. фак-тів ВНЗ. Вінниця: Нова Книга, 2008. 119 с.
7. Khalid A., & Quiñonez C. (2015). Straight, white teeth as a social prerogative. *Sociology of health & illness*, 37(5), 782–796. DOI: 10.1111/1467-9566.12238.
8. McDonald J. M., & Paganelli C. (2021). Exploration of mental readiness for enhancing dentistry in an inter-professional climate. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7038. doi.org/10.3390/ijerph18137038
9. Blau I., & Levin L. (2017). Medical malpractice: An introduction for the dental practitioner. *Quintessence International*, 48(10). DOI: 10.3290/j.qi.a39106.
10. Bhoosreddy A. R., Bhoosreddy S., Deshmukh S. V., Bhoosreddy J., Giri P., & Bhoosreddy A. (2022). The dentist's handbook: Exploring the emerging domain of dental negligence. *Journal of the International Clinical Dental Research Organization*, 14(2), 101–109. DOI: 10.4103/jicdro.jicdro_77_22.
11. Aldahmashi A., Alkattan A., & Al-aydaa F. (2024). Awareness of health professional regulations, associated factors, and malpractice consequences among dentists / *Saudi Journal of Health Systems Research*, 4(1), 28–36. <https://doi.org/10.1159/000534323>.
12. Alshammari A. S., Alshammari O. F., Aldhafiri M., Turkistani S. A., Asiri W. N., & Mittal G. K. (2023). Infection control in dentistry: An evaluation. *Saudi J. Oral Dent. Res*, 8(9), 287–298. DOI: 10.36348/sjodr.2023.v08i09.001.
13. Gupta M., Shrivastava K., Mishra S. K., Ahuja R., Mishra P., & Kumari S. (2018). Importance and awareness of medico legal issues in dental practice: Alarm call. *Ann Trop Med Public Health*, 11, 103–7.
14. Lee C. T., Huang Y. W., Zhu L., & Weltman R. (2017). Prevalences of peri-implantitis and peri-implant mucositis: systematic review and meta-analysis. *Journal of dentistry*, 62, 1–12.
15. LEE, Chun-Teh, et al. Prevalences of peri-implantitis and peri-implant mucositis: systematic review and meta-analysis / *Journal of dentistry*, 2017, 62: 1–12. DOI : 10.1016/j.jdent.2017.04.011.

Навчальне видання

ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ В СТОМАТОЛОГІЇ

***Методичні вказівки
для самостійної роботи здобувачів вищої освіти
з курсу за вибором***

Упорядники Ащеулова Тетяна Вадимівна
 Герасимчук Ніна Миколаївна
 Кочубей Оксана Анатоліївна

Відповідальний за випуск Н. М. Герасимчук



Редактор Н. І. Дубська
Коректор Н. І. Дубська
Комп'ютерна верстка В. В. Брітякова

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,3. Зам. № 25-31.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.