

**Цімболинець В. О.,**

*аспірант кафедри психології, соціальної роботи та педагогіки  
Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського  
м. Київ, Україна*

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ВИГОРАННЯМ ЛІКАРЯ- СТОМАТОЛОГА ТА ЯКІСТЮ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТАМИ**

Концепція професійного вигорання виникла як основна проблема в медичних професіях, причому стоматологія має особливо високу поширеність через емоційно складний характер клінічної роботи. Стоматологи зазвичай працюють в умовах, що характеризуються когнітивним перевантаженням, часовими обмеженнями, тривогою пацієнтів і необхідністю постійної міжособистісної взаємодії. Ці стресори сприяють розвитку вигорання, яке часто характеризується емоційною втомою, деперсоналізацією та зниженням відчуття особистого успіху [3] [6]. Вигорання не тільки ставить під загрозу психологічне благополуччя лікаря, але й різко знижує якість психосоціальної взаємодії з пацієнтами, тим самим послаблюючи довіру, комунікацію та результати лікування [4] [1].

Ефективна психосоціальна взаємодія, що є ґрунтовною складовою пацієнт-орієнтованої стоматологічної допомоги, вимагає вміння демонструвати емпатію, активно слухати та адаптувати комунікативну поведінку до емоційного та психологічного стану пацієнта. Однак синдроми вигорання ставлять під загрозу ці навички, знижуючи афективну чуйність і збільшуючи психологічне дистанціювання [9] [5]. Довготривале нехтування своїм психічним здоров'ям може призвести до погіршення терапевтичного процесу, зростання незадоволеності пацієнтів та гіршого дотримання схем лікування.

К. Маслач і С. Джексон [6] визначили вигорання як мультимодальний стан, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію і низьке відчуття особистого успіху. Психоемоційна втома – це виснаження емоційних ресурсів, що часто призводить до зниження здатності до емпатійного реагування на пацієнтів. Деперсоналізація – розвиток цинічного ставлення та дистанційованого реагування на пацієнтів, що свідчить про афективну відстороненість. Останній фактор – низька самооцінка – являє собою погану оцінку своєї роботи, яка часто супроводжується почуттям неефективності та професійної незадоволеності.

У стоматології ці компоненти проявляються по-різному. Емоційна втома часто ускладнюється повторюваним і детальним характером стоматологічного лікування, необхідністю працювати додатково з пацієнтами, які відчувають страх або тривогу, а також тиском, який чиниться через необхідність підтримувати технічну та міжособистісну точність. Деперсоналізація може відбуватися, коли стоматологи емоційно дистанціюються від пацієнтів як механізм подолання труднощів, що призводить до жорсткого або роботизованого стилю спілкування. Сприйняття пацієнта як невідповідного або лікування як невдале може призвести до зниження почуття особистого успіху, що може сприяти розчаруванню і низькій мотивації [4] [2]. Ці психологічні механізми суттєво впливають на те, як лікарі-стоматологи сприймають пацієнтів і взаємодіють з ними. Когнітивно-афективне навантаження, пов'язане з вигоранням, обмежує уважність та емоційну доступність, підриваючи такі ключові компетенції, як емпатія, налагодження контакту та невербальна чуливість – все це важливо для ефективної психосоціальної взаємодії.

Психосоціальний контакт – це багатовимірні комунікативні процеси, за допомогою яких стоматологи інтерпретують, реагують та впливають на емоційний, когнітивний та поведінковий стан своїх пацієнтів. Ці взаємодії виходять за рамки лише передачі клінічної інформації; вони також включають такі компоненти взаємовідносин, як емпатія, довіра, емоційне налаштування та соціальна підтримка. Дослідження постійно показують, що якість психосоціальної взаємодії в стоматологічних установах має значний вплив на задоволеність пацієнтів, зниження тривожності, прихильність до лікування та загальні клінічні результати [7]. Якісна комунікація між стоматологом і пацієнтом характеризується активним слуханням, точним сприйняттям невербальних сигналів, використанням відповідних емоційних реакцій та персоналізацією пояснень і рекомендацій. Однак така взаємодія вимагає значних емоційних інвестицій та когнітивної гнучкості – здібностей, які руйнуються у стані вигорання.

Емпіричні дослідження регулярно виявляють зв'язок між вигоранням і зниженням комунікативних навичок серед медичного персоналу. Вигорання в стоматології пов'язане з гіршою емпатійною точністю, вищим рівнем роздратування та частішим використанням заходів уникнення під час контактів з пацієнтами [5]. Наприклад, Р. Гортер та ін. виявили, що стоматологи з високим рівнем вигорання мали значно нижчий рівень комунікації, орієнтованої на пацієнта, і частіше повідомляли про несприятливе ставлення до пацієнтів. Аналогічно, Т. Шенфелт та ін. довели, що емоційне виснаження та деперсоналізація тісно корелюють зі зниженою комунікативною компетентністю та зменшеною здатністю сприймати та реагувати на емоційні потреби пацієнтів. Ці дані свідчать про те, що вигорання

не лише впливає на внутрішній психологічний стан, але й призводить до помітних комунікативних дефіцитів, які ставлять під загрозу якість стоматологічної допомоги. Важливо підкреслити двосторонній взаємозв'язок між вигоранням і комунікативними проблемами. Поганий психосоціальний контакт може діяти як стресовий фактор, що призводить до невдоволення пацієнта, міжособистісних конфліктів і підвищеного когнітивного навантаження, погіршуючи симптоми вигорання. Ця циклічна динаміка підкреслює важливість переривання деструктивного зв'язку за допомогою конкретних дій.

На взаємозв'язок між вигоранням і психосоціальною комунікацією впливають кілька факторів. Доведено, що такі особистісні характеристики, як емоційна стабільність, доброзичливість і відкритість до досвіду, пом'якшують шкідливі наслідки вигорання для міжособистісного функціонування [2]. Крім того, попереднє навчання стоматологів комунікативним навичкам може діяти як захисний фактор, підвищуючи стійкість до стрес-факторів, спричинених вигоранням [1].

Організаційні фактори, включаючи робоче навантаження, середовище практики, підтримку колег і розподіл часу для взаємодії з пацієнтами, також відіграють важливу роль. Дослідження показують, що стоматологи, які працюють за жорстким графіком і в умовах великого навантаження, більш схильні до деперсоналізації та емоційно поверхневого спілкування [3]. Більше того, психологічні характеристики пацієнтів (наприклад, одонтофобія, ворожість або стиль комунікації) можуть впливати на динаміку взаємодії, або посилюючи емоційне навантаження на стоматолога, або сприяючи встановленню контакту. Тому взаємозв'язок між вигоранням і спілкуванням слід розглядати в динамічному, біопсихосоціальному контексті [8].

Враховуючи наслідки вигорання стоматологів для психосоціальної взаємодії та догляду за пацієнтами, існує кілька стратегій втручання. Їх можна умовно поділити на втручання на індивідуальному, міжособистісному та організаційному рівнях:

**1. Втручання на індивідуальному рівні.** Психологічні втручання, такі як зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR), когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та тренінги з емоційної саморегуляції, ефективно зменшують симптоми вигорання та відновлюють емоційну готовність до міжособистісної взаємодії. Ці тактики підвищують самосвідомість, зменшують автоматичні емоційні реакції та сприяють емпатичній взаємодії.

**2. Втручання на міжособистісному рівні.** Тренінги комунікативних навичок, особливо ті, що зосереджені на активному слуханні, емпатичному реагуванні та управлінні складними емоціями пацієнта, можуть пом'якшити негативний вплив вигорання на якість взаємодії. Рольові ігри та рефлексивна супервізія довели свою ефективність у підвищенні комунікативної компетентності.

3. **Системні втручання**, що включають зміну робочого навантаження, посилення автономії, командні моделі практики та включення психологічної допомоги як важливого аспекту професійного успіху. Інституційне визнання та підтримка факту наявності емоційної праці може запобігти деперсоналізації, водночас підкреслюючи необхідність ефективної комунікації.

Взаємозв'язок між вигоранням стоматолога та якістю психосоціальної взаємодії є складним і багатофакторним. Вигорання підриває основні комунікативні здібності, необхідні для ефективної клінічної допомоги, що призводить до зниження емпатії, посилення емоційної відстороненості та погіршення контакту з пацієнтом. Ці дисфункції не тільки ставлять під загрозу результати лікування, але й увічнюють стрес і незадоволеність, тим самим посилюючи цикл вигорання. Розуміння цього взаємозв'язку через біопсихосоціальну призму полегшує розробку багатовимірних втручань, спрямованих на психологічну стійкість, комунікативну компетентність та організаційну реформу. Зрештою, вирішення проблеми вигорання серед стоматологів – це не просто питання професійного здоров'я, а передумова для збереження психосоціальної цілісності стосунків між стоматологом і пацієнтом та терапевтичної ефективності стоматологічної практики.

#### **Список використаних джерел:**

1. Ahmad M. S., Yusoff M. M., Razak I. A. Stress and its relief among undergraduate dental students in malaysia. 2017. URL: <https://doi.org/10.5281/zenodo.811930>

2. Bakker A. B., Demerouti E., Verbeke W. Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*. 2004. Т. 43, № 1. С. 83–104. URL: <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>

3. Gorter R. C., Eijkman M. A. J., Hoogstraten J. Burnout and health among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*. 2000. Т. 108, № 4. С. 261–267. URL: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0722.2000.108004261.x>

4. Humphris G., Morrison T., Lindsay S. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health*. 1995. Т. 12(3):143–50. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7584581/>

5. Krasner M. S. Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*. 2009. Т. 302, № 12. С. 1284. URL: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>

6. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981. Т. 2, № 2. С. 99–113. URL: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

7. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. Т. 52, № 1. С. 397–422. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

8. Rada R. E., Johnson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *The Journal of the American Dental Association*. 2004. Т. 135, № 6. С. 788–794. URL: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0279>

9. Shanafelt T. D., Sloan J. A., Habermann T. M. The well-being of physicians. *The American Journal of Medicine*. 2003. Т. 114, № 6. С. 513–519. URL: [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(03\)00117-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(03)00117-7) (дата звернення: 17.07.2025).

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-570-2-10>

**Шеремет А. В.,**

*доктор філософії,*

*старший викладач кафедри слов'янської*

*та романо-германської філології*

*Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*

*м. Київ, Україна*

**Гурська Л. І.,**

*викладач підготовчого відділення для іноземних громадян*

*Київського національного університету імені Тараса Шевченка*

*м. Київ, Україна*

## **ЗАСТОСУВАННЯ ГЕНЕРАТИВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ З ІНОЗЕМНОЇ МОВИ**

Більшість актуальних досліджень щодо застосування технологій штучного інтелекту (ШІ) у освіті, стосуються передусім середньої освіти (Л. М. Гуназа, О. М. Топузов, С. В. Алексєєва). Коло питань, які хвилюють освітян-практиків у роботі учнів та студентів зі штучним інтелектом, більшою мірою стосуються забезпечення академічної доброчесності у навчальному процесі та етичних аспектів роботи з цими сервісами (Ю. М. Мельник, С. М. Годорова, Г. А. Шевченко). Однак, генеративні можливості ШІ не вичерпуються виключно текстовими матеріалами (якість яких є доволі часто дискусійною), а робота студентів з візуальною складовою є захоплюючим етапом самостійного опрацювання завдань.