

[https://doi.org/10.58442/3041-1858-2025-33\(62\)-191-213](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2025-33(62)-191-213)

УДК 159.9:616.314-051:331.101.3

Сухенко Поліна Вадимівна,

здобувач освітнього ступеня доктора філософії

зі спеціальності 053 «Психологія»

кафедри психології та особистісного розвитку

Навчально-наукового інституту менеджменту та психології

ДЗВО «Університет менеджменту освіти».

Київ, Україна.



<https://orcid.org/0000-0002-6078-0219>

pollysuhenko@uem.edu.ua

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ КОМПЛАЄНСУ ПЕРСОНАЛУ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Анотація. У статті розкрито психологічні засади формування системи комплаєнсу персоналу в стоматологічній практиці через інтеграцію управлінського, особистісно орієнтованого та екофасилітативного підходів. Встановлено, що комплаєнтність персоналу є багатовимірною психологічною характеристикою, що включає: феноменологічний (активна узгоджена поведінка при збереженні професійної автономії), структурно-динамічний (цикли саморегуляції у поєднанні з колективними процесами розвитку) та функціональний (професійні дії та результати) виміри. Проаналізовано три підходи до формування комплаєнсу: управлінський (система політик і процедур), особистісно орієнтований (розвиток психологічної компетентності через знаннєвий, операційний, мотиваційний та особистісний компоненти, формування професійної ідентичності, спрямованість і цінності) та екофасилітативний (підтримка природних процесів самоорганізації). Порівняльний аналіз виявив їх взаємодоповнюючий характер і потенціал синергії. Обґрунтовано інтегративну модель, що реалізується через систему «подвійних циклів» і роботу в «буферній зоні розвитку» – просторі трансформації між старими та новими формами. Представлено чотири етапи її упровадження: структурний запуск, організаційна ініціалізація, розвиток компетентностей, інституціалізація. Визначено ролі різних категорій персоналу та специфіку стоматологічних напрямів. Показано, що інтеграція підходів забезпечує баланс між регламентацією діяльності та простором для професійної ініціативи, трансформуючи формальне дотримання норм у внутрішньо мотивовану культуру відповідальної взаємодії.

Ключові слова: комплаєнс персоналу; комплаєнтність; особистісно орієнтований підхід; екофасилітативний підхід; компетентність; організаційний розвиток; персонал організації; управління змінами; професійна автономія; буферна зона розвитку; подвійні цикли; самоорганізація; стоматологічна практика; медичний персонал.

ВСТУП / INTRODUCTION

Постановка проблеми / Statement of the problem. Сучасна стоматологічна практика функціонує в умовах зростаючих вимог до якості медичної допомоги, етичних стандартів професійної діяльності та регуляторних норм. У цьому контексті персонал стоматологічних закладів виступає ключовою ланкою системи комплаєнсу, що визначає не лише формальне дотримання встановлених правил і процедур, але й створення атмосфери довіри, безпеки та партнерства у взаємодії з пацієнтами.

Саме психологічний вимір виступає системоутворювальним фактором формування комплаєнсу, оскільки згідно з принципом детермінізму С. Рубінштейна, зовнішні вимоги та норми завжди діють через внутрішні умови – мотивацію, цінності, ідентичність персоналу. Це створює взаємну причинність (*reciprocal causality*), коли організаційні структури формують поведінку, а поведінка персоналу трансформує організаційну культуру.

Перехід фокусу уваги від комплаєнтності пацієнта до комплаєнсу персоналу зумовлений кількома чинниками: ускладненням клінічних процедур і командної координації; підвищенням регуляторних вимог, етичних стандартів і ризиків; запитом на сталі зміни поведінки і культури, що не досягаються суто директивними заходами. Персонал є носієм норм і мікропроцесів взаємодії, тому саме він визначає особливості функціонування системи комплаєнсу, а не її декларативні аспекти.

Відсутність систематизації підходів до формування комплаєнсу персоналу та єдиної методології, яка б інтегрувала організаційні, психологічні та етичні аспекти професійної діяльності в стоматологічній практиці, створює перешкоди для розробки ефективних стратегій організаційного розвитку.

Аналіз (основних) останніх досліджень і публікацій / Analysis of (major) recent research and publications. Проблематика формування комплаєнсу в медичній практиці та організаціях охорони здоров'я розглядається в кількох взаємопов'язаних напрямках, що відображають міждисциплінарний характер феномену. Організаційно-психологічні засади комплаєнсу досліджуються в роботах, присвячених впливу організаційної культури на етичну поведінку персоналу (E. van Steenberghe & N. Ellemers) [1], С. Martínez et al.) [2], впливу комплаєнс-програм на етику,

поведінку, ставлення, цінності, ідентичність співробітників, зрештою – на організаційну психологію (V. Deci) [3]. Класичні дослідження G. Weaver & L. Treviño [4] заклали основи розуміння впливу ціннісно-орієнтованих програм етики на установки та поведінку працівників, а сучасні роботи К. Роре [5] систематизують кроки для зміцнення етики в організаціях.

Управлінсько-процедурний напрям представлено українськими дослідженнями функціональних та процесних аспектів комплаєнсу (О. Овсієнко, О. Маковоз & Д. Коваль, М. Бортнікова та ін.) [6], [7], [8], міжнародними роботами з організаційної етики G. Weaver & L. Treviño [4] та ціннісно-орієнтованого комплаєнсу V. Deci [3], а також сучасними дослідженнями психологічних механізмів забезпечення комплаєнсу через лідерство, узгодження організаційних факторів та когнітивні впливи G. Tejay & M. Winkfield [9], I. Hwang et al. [10], D. Lain et al. [11], M. Tamanna et al. [12].

Психологія медичної комунікації та пацієнт-центрованої взаємодії (patient-centered care, PCC) розкривається в роботах N. Mead & P. Bower [13], [14] спільного прийняття рішень (shared decision making, SDM) – у працях G. Elwyn et al. [15], H. de Haes & J. Bensing [16]. Емпіричні дослідження підтверджують зв'язок між якістю комунікації та комплаєнтністю: мета-аналіз К. Zolnierек і М. DiMatteo демонструє, що ефективна комунікація лікаря підвищує шанси на дотримання пацієнтом лікування [17]; V. Siebinga та співавтори підтверджують зв'язок між пацієнт-центрованою комунікацією та задоволеністю пацієнтів [18]; R. Street співвідносить різні виміри комунікації з ключовими аспектами пацієнт-центрованого підходу [19]. Важливими є також валідність інструментів оцінки комунікативних навичок A. Bellier et al. [20] та структурована подача інформації для покращення запам'ятовування (W. Langewitz et al.) [21].

Поведінково-мотиваційні теорії комплаєнсу представлені класичними оглядами феномену комплаєнтності пацієнтів (patient compliance) L. Morris & R. Schulz [22], дослідженнями психологічного опору Fogarty [23], ролі сприйняття загрози R. Carpenter [24] і саморегуляції в дотриманні режимів гігієни D. Ramsay [25]. Специфіка комплаєнсу в стоматологічній практиці досліджується в контексті підтримувальної пародонтальної терапії E. Amerio et al. [26], F. Costa et al. [27], C. Graetz et al. [28], R. Marín-Jaramillo & A. Agudelo-Suárez [29], ключових факторів успішного стоматологічного лікування P. Dahiya et al. [30], психологічної компетентності стоматолога (П. Сухенко) [31].

У контексті нашого дослідження екофасилітативний підхід П. Лушина розглядається як теоретична основа для розуміння недирижуваних процесів формування комплаєнсу, включаючи технологічно опосередковані форми [32], [33]. Новітні дослідження S. Hu et al. розкривають потенціал і ризики

використання штучного інтелекту для управління комплаєнсом у наукоємних галузях, що актуально для цифровізації стоматологічної практики [34].

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ / AIM AND TASKS

Мета: теоретично обґрунтувати психологічні засади формування комплаєнсу персоналу в стоматологічній практиці через розробку інтегративної моделі, що синтезує управлінський, особистісно-орієнтований та екофасилітативний підходи.

Завдання дослідження: проаналізувати феноменологічну природу та структурно-функціональні особливості комплаєнтності персоналу; здійснити системний аналіз трьох підходів до формування комплаєнсу; провести порівняльний аналіз підходів і виявити потенціал їх синергії; обґрунтувати інтегративну модель з екофасилітативним підходом як системоутворювальним; розробити практичні інструменти впровадження для різних рівнів організації.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ / THEORETICAL FRAMEWORK

Теоретико-методологічною основою дослідження виступають: організаційно-психологічні теорії комплаєнсу – вплив організаційної культури на етичну поведінку G. Weaver & L. Treviño [4], V. Deciu [3], роль лідерства у забезпеченні комплаєнтності G. Tejay & M. Winkfield [9], I. Hwang et al. [10], психологічні механізми дотримання політик D. Lain et al. [11], M. Tamanna et al. [12]; моделі медичної комунікації – концептуальні рамки пацієнт-центрованої взаємодії N. Mead & P. Bower [13], [14], спільне прийняття рішень (G. Elwyn et al.; de H. Haes & J. Bensing) [15], [16], емпіричні підтвердження зв'язку комунікації та комплаєнтності K. Zolnierek & M. DiMatteo [17], V. Siebinga et al. [18], R. Street [19]; поведінково-мотиваційні теорії – комплаєнтність пацієнтів L. Morris & R. Schulz [22], психологічна реактантність J. Fogarty [23], сприйняття загрози R. Carpenter [24], саморегуляція D. Ramsay [25], специфіка стоматологічного комплаєнсу E. Amerio et al. [26], F. Costa et al. [27], C. Graetz et al. [28]; управлінсько-процедурні концепції – українські розробки комплаєнс-менеджменту комплаєнсу О. Овсієнко [6], О. Маковоз & Д. Коваль [7], М. Бортнікова та ін. [8], а також екофасилітативний підхід П. Лушина [32], [33].

Комплаєнс розглядається як система забезпечення відповідності діяльності закладу встановленим нормам (організаційний рівень), а «комплаєнтність» – як психологічна здатність персоналу до усвідомленого дотримання професійних норм при збереженні автономії (особистісний рівень). Хоча в англomовній літературі розрізняють «compliance» (формальне

дотримання), «adherence» (прихильність) та «concordance» (партнерська узгодженість), в українському науковому дискурсі «комплаєнтність» об'єднує ці значення.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH METHODS

Дослідження базується на теоретичному аналізі та синтезі наукових джерел з проблематики комплаєнсу в медичній практиці. Застосовано порівняльний аналіз для визначення специфіки трьох підходів (управлінського, особистісно-орієнтованого, екофасилітативного), метод концептуального моделювання для розробки інтегративної моделі, системний підхід для цілісного розгляду феномену, феноменологічний аналіз для розкриття сутнісних характеристик комплаєнтності та структурно-функціональний аналіз для виявлення її компонентів і функцій.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH RESULTS

1. Теоретичний аналіз феномену комплаєнтності персоналу.

Системна природа комплаєнтності проявляється в тому, що в кожній з трьох інтерпретацій – управлінській, особистісно орієнтованій та екофасилітативній – психологічний аспект займає центральне місце, що дає підстави розглядати його як системоутворювальний. Зовнішні організаційні вимоги трансформуються у внутрішні професійні стандарти саме через психологічні механізми інтерналізації. Феноменологічно комплаєнтність персоналу розкривається не як пасивне дотримання правил, а як активний процес узгодження професійної поведінки з організаційними цінностями, етикою, нормами. V. Deciu [3], аналізуючи вплив програм комплаєнсу на організаційну психологію, показує, що ефективні програми трансформують рольову ідентичність працівників: замість зовнішнього примусу формується внутрішня ідентифікація з етичними нормами організації через механізм інтерналізації цінностей. G. Weaver & L. Treviño [4] емпірично довели на вибірці фінансової корпорації, що ціннісно-орієнтовані програми комплаєнсу (на відміну від примусових) корелюють із сімома позитивними організаційними результатами, включно з готовністю повідомляти про порушення та етичну поведінку. Це підтверджує, що комплаєнтність персоналу ефективніше формується через спільні цінності, ніж через дисциплінарні механізми.

Важливою умовою формування комплаєнтності персоналу є психологічна безпека організаційного середовища. C. Graetz et al. [28], досліджуючи психологічні фактори дотримання підтримувальної пародонтальної терапії, виявили, що тривожна прив'язаність через страх

перед стоматологом та критичне ставлення до лікування опосередковано впливає на припинення терапії. Хоча це дослідження стосувалося пацієнтів, механізм релевантний для персоналу: працівники, які бояться покарання за помилки чи відкрите обговорення проблем, схильні до формального дотримання правил без справжньої інтерналізації цінностей. Водночас феномен психологічного опору пояснює механізми протидії персоналу надмірно директивним вимогам. J. Fogarty [23] показує, що коли працівники сприймають організаційні норми як загрозу професійній автономії, виникає мотиваційний стан, спрямований на відновлення свободи дій, що призводить до зниження комплаєнтності.

Дослідження з інформаційної безпеки G. Tejay & M. Winkfield [9], I. Hwang et al. [10], D. Lain et al. [11], M. Tamanna et al. [12] виявляють універсальні психологічні механізми організаційного комплаєнсу – роль лідерства, важливість відповідності «особа-організація», ефект регулярних нагадувань. Хоча ці дослідження проводилися в ІТ-сфері, виявлені закономірності можуть бути обережно екстрапольовані на медичний контекст з урахуванням специфіки стоматологічної практики.

2. Системний аналіз підходів до формування комплаєнсу персоналу.

Управлінський підхід (комплаєнс-менеджмент) базується на створенні формалізованої системи правил, процедур і механізмів контролю. Українські дослідження створюють теоретико-методологічну базу цього підходу, акцентуючи на функціональному, ціннісному та процесному аспектах комплаєнсу. О. Овсієнко [6] досліджує комплаєнс через призму бізнес-адміністрування, виділяючи внутрішні методологічні суперечності його тлумачення (екзогенність vs. ендогенність, обов'язковість vs. добровільність). Автор визначає шість ключових функцій: управління ризиками, підвищення капіталізації бізнесу, дисциплінування персоналу, забезпечення лояльності стейкхолдерів, оновлення стратегії компанії, створення ефективних норм господарської поведінки. О. Маковоз і Д. Коваль розглядають комплаєнс-менеджмент у контексті європейської інтеграції України, підкреслюючи, що в Україні комплаєнс найбільше розвинений у банківській сфері, тоді як в інших галузях лише набуває поширення [7]. М. Бортнікова та співавтори пропонують практичний інструментарій: вісім складових політики комплаєнсу, ідентифікацію чотирьох проблем впровадження та восьмиетапну технологію імплементації [8].

Міжнародні дослідження розкривають універсальні психологічні механізми організаційного комплаєнсу. Фундаментальна робота G. Weaver & L. Treviño встановила, що ціннісно-орієнтовані програми етики забезпечують сім позитивних організаційних результатів проти чотирьох при примусовій орієнтації, підтверджуючи більшу ефективність внутрішньої

мотивації [4]. V. Deci розкриває механізм цього ефекту: програми комплаєнсу трансформують рольову ідентичність працівників через формування спільних цінностей, створюючи глибоку ідентифікацію з етичними нормами організації замість формального дотримання правил [3].

Дослідження з інформаційної безпеки виявляють додаткові закономірності. G. Tejay & M. Winkfield довели прямий вплив орієнтованого на завдання лідерства на дотримання протоколів через зовнішню мотивацію [9]. I. Hwang та співавтори встановили модеруючу роль відповідності «завдання-технологія» та «особа-організація» у комплаєнс-поведінці [10]. D. Lain та колеги виявили, що регулярні нагадування (nudging effect) ефективніші за об'ємні тренінги [11]. M. Tamanna та співавтори показали, що інформування про конкретні ризики статистично значуще підвищує готовність до дотримання процедур [12].

Для стоматологічної практики ці дослідження означають: необхідність чітких директив керівництва щодо медичних стандартів; важливість узгодження технологічних інновацій з компетентностями персоналу; доцільність системи коротких регулярних нагадувань замість об'ємних тренінгів; критичну роль інформування про конкретні ризики недотримання протоколів; пріоритет формування спільних цінностей над дисциплінарними механізмами.

Перевагами управлінського підходу є структурованість процесів, чіткий розподіл відповідальності, вимірюваність результатів, відповідність регуляторним вимогам. Обмеженнями – потенційна надмірна формалізованість, директивність управління, недостатня увага до внутрішньої мотивації персоналу, ризик імітації комплаєнсу без реальних змін організаційної культури.

Особистісно орієнтований підхід розглядає формування комплаєнсу через розвиток внутрішніх ресурсів працівника – його професійних компетенцій, мотивації, ідентичності. L. Morris & R. Schulz підкреслюють необхідність врахування індивідуальної перспективи працівника у дослідженнях комплаєнсу [22]. N. Mead & P. Bower у концепції пацієнт-центрованої взаємодії виділяють «лікар як особистість» одним з п'яти ключових вимірів, підкреслюючи важливість особистісного розвитку медичного працівника [13], [14].

Комплаєнтність персоналу (у плані структурно-динамічних характеристик) розвивається через цикли саморегуляції професійної поведінки. D. Ramsay описує універсальний механізм: постановка цілі – моніторинг виконання – зворотний зв'язок – корекція [25]. Хоча це дослідження стосувалося саморегуляції пацієнтів у контексті гігієни порожнини рота, принципи

застосовні до професійної поведінки персоналу. W. Langewitz et al. експериментально показали, що структурована подача інформації з чіткими розділами підвищує запам'ятовування, що визначає вимоги до комунікативних навичок персоналу [21].

Щодо функціонального виміру, то Н. de Haes & J. Bensing виділяють шість ключових функцій медичної комунікації, якими має володіти персонал: побудова стосунків, збір інформації, надання інформації, прийняття рішень, сприяння лікувальній поведінці, відповідь на емоції [16]. А. Bellier et al. встановили, що кодувальна схема «Чотирьох звичок» (Four Habits Coding Scheme, 4-HCS) є найнадійнішим інструментом для оцінки цих навичок [20]. R. Street пропонує рамку вимірів професійної комунікації: біопсихосоціальний підхід, сприйняття пацієнта як особистості, розподіл влади та відповідальності, терапевтичний альянс [19].

Також розглядаємо психологічну компетентність стоматолога як динамічну систему чотирьох компонентів: знаннєвий (психологічні знання для ефективної взаємодії), операційний (практичні вміння та навички), мотиваційний (внутрішні спонукання до розвитку) та особистісний (професійно важливі якості) [31]. Р. Dahiya et al. підтверджують, що емпатійні процеси в діаді «лікар-пацієнт» безпосередньо корелюють з готовністю слідувати плану лікування, підкреслюючи важливість особистісного компонента [30].

Перевагами особистісно-орієнтованого підходу є стійкість внутрішньо мотивованих змін, урахування індивідуальних особливостей працівника, розвиток професійної ідентичності. Обмеженнями є тривалість процесу формування компетенцій, складність масштабування на організаційному рівні, ризик недооцінки системних факторів, складність об'єктивної оцінки особистісних змін.

Екофасилітативний підхід П. Лушина пропонує концепцію недирективного управління розвитком колективного суб'єкта, що створює теоретичну основу для природної інтеграції організаційних вимог і внутрішніх умов персоналу (мотивації, ідентичності, компетентності тощо). Даний підхід ґрунтується на методологічних принципах і розглядає організацію як живу екосистему, здатну до самоорганізації та природного розвитку [32], [33]. Принципи екофасилітативного підходу створюють методологічну основу для інноваційного розгляду процесів формування комплаєнсу в стоматологічній практиці. Проінтерпретуємо деякі принципи екофасилітації через призму завдань та викликів стоматологічної діяльності.

Принцип екологічності та системності визнає організацію як цілісну екосистему. Замість жорсткої дихотомії між стандартизацією та індивідуальним

підходом, створюється простір для гнучкого вибору стратегій. Персонал може використовувати структуровані протоколи як опору, адаптуючи їх до контексту конкретної взаємодії – психологічного профілю пацієнта, складності випадку, етапу лікування. Принцип природної самоорганізації означає створення умов для спонтанного виникнення ефективних форм взаємодії. Замість нав'язування готових схем, фасилітатор підтримує природні процеси групової динаміки, де команда сама знаходить оптимальні способи інтеграції зовнішніх вимог у свою практику. Принцип недефіцитарності передбачає опору на внутрішні ресурси системи, визнання профіцитарності – надлишку можливостей розвитку. Персонал розглядається не як об'єкт корекції («їм бракує дисципліни»), а як носій потенціалу для природної трансформації. Принцип толерантності до невизначеності особливо важливий у перехідні періоди. Фасилітатор працює з «буферною зоною розвитку» – простором між старими та новими формами організації, де невизначеність стає ресурсом для творчих рішень. Принцип діалектичної парадоксальності дозволяє працювати з протиріччями як джерелом розвитку. Опір персоналу новим вимогам інтерпретується не як проблема, а як інформація про потреби системи та її готовність до змін. Принцип інноватики збереження забезпечує інтеграцію нового через діалектичний синтез при збереженні сутнісних функцій системи. Нові стандарти комплаєнсу органічно вбудовуються в існуючу професійну культуру без її руйнування.

Функція екофасилітатора полягає не в директивному управлінні, а в створенні умов для природної трансформації, підтримці ритму змін, толеруванні невизначеності. Фасилітатор не нав'язує готові рішення, а супроводжує процес, в якому зовнішні вимоги організації природно трансформуються у внутрішні професійні стандарти персоналу.

Перевагами екофасилітативного підходу є екологічність змін, їх органічне вкорінення в організаційну культуру, стійкість результатів, розвиток внутрішнього потенціалу системи. Обмеженнями пов'язані зі складністю упровадження без спеціальної підготовки, відносною непередбачуваністю процесу та термінів досягнення результатів, необхідністю високої толерантності керівництва до невизначеності.

3. Порівняльний аналіз та інтегративна модель формування комплаєнсу. Порівняння дозволяє виявити специфічні характеристики трьох підходів та потенціал їх синергії (див. табл.).

Аналіз трьох підходів підтверджує, що психологічний компонент є системоутворювальним у формуванні комплаєнсу: в управлінському підході – через механізми інтерналізації норм, в особистісно орієнтованому – через

розвиток внутрішніх ресурсів, в екофасилітативному – через підтримку природних психологічних процесів самоорганізації. Це свідчить про дію принципу детермінізму, де зовнішнє (організаційні вимоги) завжди опосередковується внутрішнім (психологічними характеристиками персоналу).

Таблиця

Порівняння підходів до формування комплаєнсу персоналу

Управлінський підхід (комплаєнс-менеджмент)	Особистісно орієнтований підхід	Екофасилітативний підхід
Фокус впливу		
Процеси, регламенти, контроль	Особистість і команда (уміння, установки)	Колективний суб'єкт, культура, відносини
Механізми впровадження		
Директивні: політики, аудит, КРІ, санкції/заохочення	Розвивальні: тренінги, коучинг, спільні рішення	Недирективні: фасилітація, рефлексивні кола, дизайн середовища
Джерела мотивації		
Зовнішня (вимоги, ризики, репутація)	Переважно внутрішня (професійні цінності)	Внутрішня/спільна (смисли, автономія, причетність)
Ефективність		
Середня ефективність: високі витрати і навантаження на контроль	Висока ефективність при високих витратах і навантаженні на підтримку	Високоадаптивні: емерджентні при оптимальних витратах за умови інтегрованості в організаційну систему
Типові індикатори		
Відповідність протоколам, інциденти, звітність, результати аудитів	Оцінки компетентностей, скарги/вдячності, показники комунікації	Залученість, психологічна безпека, ініціативність, командна взаємодія
Ключові обмеження		
Формалізація, ризик імітації комплаєнсу	Індивідуалізація, тривалість формування	Вимога до майстерності фасилітатора, складність масштабування

Екофасилітативний підхід, будучи за своєю природою системно-психологічним, обрано як інтегруючу силу, оскільки він працює через принцип взаємного детермінізму: створює умови, де зовнішні організаційні вимоги природно трансформуються через внутрішні психологічні процеси персоналу в нову організаційну реальність. Його характеристиками є: холістичність (робота з організацією як цілісною системою), природність змін (опора на внутрішні механізми розвитку), адаптивність (врахування

специфіки конкретної організації), робота з «буферною зоною розвитку» – простором невизначеності та трансформації між старими та новими формами організації (П. Лушин) [32], [33]. З управлінського підходу інтегруються: карти ризиків клініки, кодекси етики та поведінки (розроблені за участі персоналу), процедури моніторингу як джерело зворотного зв'язку для розвитку, а не покарання. З особистісно-орієнтованого підходу: профілі компетентностей – чотирикомпонентна модель [31], діагностика для усвідомлення зон розвитку, індивідуальні освітні траєкторії, валідовані інструменти оцінки комунікативних навичок (4-HCS за A. Bellier et al.) [20].

Механізм інтеграції реалізується через систему «подвійних циклів»: директивний контур (політики, контроль) поєднується з фасилітативним (рефлексія, ко-дизайн рішень). Результати аудитів трансформуються в теми для фасилітаційних сесій, виявлені прогалини в компетенціях стають основою для навчальних програм, зворотний зв'язок від пацієнтів використовується для оновлення протоколів. Така архітектура забезпечує динамічний баланс між чіткими організаційними вимогами та свободою вибору способів їх реалізації, природно трансформуючи зовнішню відповідність у внутрішню культуру відповідальної професійної взаємодії.

4. Практичні імплікації інтегративної моделі.

Упровадження моделі відбувається через чотири послідовні етапи. Структурний запуск (1–2 місяці) передбачає створення ініціативної групи з представників різних спеціальностей, проведення аудиту відповідності та формування карти ризиків, затвердження базових документів за участі персоналу і формування спільного бачення системи комплаєнсу за участі фасилітаторів. Організаційна ініціалізація (2–3 місяці) фокусується на проведенні екофасилітативних сесій для переосмислення цінностей і ролей, створення локальних правил взаємодії, запуску інструментів спільного прийняття рішень (SDM) та візуалізації перших досягнень. Розвиток компетентностей (3–6 місяців) включає оцінку наявних навичок, розробку індивідуальних планів на основі чотирикомпонентної моделі [31], проведення тренінгів з комунікації та емпатії, впровадження коучингу та організацію груп взаємопідтримки. Інституціалізація та масштабування (6–12 місяців) забезпечує стійкість змін через регулярні ретроспективи, оновлення протоколів за даними моніторингу, інтеграцію показників комплаєнсу в систему управління та підтримку спонтанних ініціатив персоналу.

Формування комплаєнсу потребує диференційованих інструментів для різних рівнів організації. На індивідуальному рівні використовуються щоденники рефлексії, екофасилітативні сесії для усвідомлення цінностей,

техніки саморегуляції та практики структурованої комунікації teach-back. Командний рівень передбачає фасилітацію обговорення випадків, симуляції складних комунікацій, екофасилітативний супровід групової динаміки та проектну роботу з покращення процесів. Організаційний рівень охоплює спільну розробку кодексів і політик, створення каналів зворотного зв'язку, впровадження панелей індикаторів, використання внутрішніх аудитів як інструменту розвитку.

Роль різних категорій персоналу, специфіка стоматологічних напрямів і контексти. Успішне впровадження моделі залежить від чіткого розподілу ролей. Керівництво виступає спонсором змін, демонструючи особистий приклад і забезпечуючи необхідні ресурси. Лікарі-стоматологи часто першими виявляють проблеми в процесах, стають агентами трансформації, транслуючи цінності системи комплаєнсу в щоденній практиці та виступаючи менторами для молодших колег. Середній медичний персонал створює атмосферу довіри, формує першу лінію комунікації з пацієнтами. Адміністративний персонал має перший дотик з пацієнтом і виявляє настрій та запит, забезпечує організаційну підтримку, координує взаємодію між спеціалістами та управляє логістикою підтримувальної терапії.

Модель адаптується до специфіки різних напрямків стоматології. У терапевтичній стоматології критичним є формування навичок структурованої комунікації та техніки зворотного навчання (teach-back technique) для пояснення складних процедур пацієнтам з різним рівнем медичної грамотності (W. Langewitz et al.) [21]. В ортопедії фокус зміщується на спільне прийняття рішень (shared decision making, SDM) при виборі між різними варіантами протезування з урахуванням естетичних, функціональних та фінансових аспектів (G. Elwyn et al.) [15]. В дитячій стоматології ключовими є техніки позитивного підкріплення та формування довіри через ігрові елементи (P. Dahiya et al.) [30]. Пародонтологія вимагає розуміння психологічних факторів, таких як тривожна прив'язаність та страх перед стоматологом, що впливають на довгострокове дотримання терапії (C. Graetz et al.) [28]; представляє унікальний виклик через необхідність забезпечення довгострокової підтримувальної пародонтальної терапії (supportive periodontal therapy, SPT), тому персонал має опанувати системи ризик-стратифікації (F. Costa et al.) [27], мотиваційне консультування для підтримки регулярних візитів та проактивне управління «випадіннями» пацієнтів через персоналізовану комунікацію (E. Amerio et al.) [26]. Така диференціація дозволяє кожному підрозділу клініки розробити специфічні протоколи комплаєнсу, зберігаючи загальну рамку інтегративної моделі.

Окрім спеціалізованих напрямків, існують наскрізні виклики. Робота з пацієнтами обмеженої медичної грамотності вимагає від персоналу навичок адаптації комунікації та візуалізації інформації (E. Geurts et al.) [35]. Управління дентофобією передбачає реалізацію функції реагування на емоції, що є однією з шести ключових функцій медичної комунікації за H. de Haes & J. Bensing [16].

ВИСНОВКИ / CONCLUSIONS

Проведений теоретичний аналіз дозволяє зробити висновки щодо психологічних засад формування комплаєнсу персоналу в стоматологічній практиці. Феноменологічна природа комплаєнтності персоналу розкривається як психологічна характеристика, що інтегрує такі виміри: феноменологічний (активна узгоджена професійна поведінка при збереженні автономії), структурно-динамічний (саморегуляційні цикли у поєднанні з колективними процесами розвитку) та функціональний (конкретні професійні дії з вимірюваними результатами). Ця здатність реалізується в умовах періодичної невизначеності, характерної для динамічної стоматологічної практики при впровадженні інновацій та адаптації протоколів.

Системний аналіз трьох підходів виявив їх взаємодоповнюючий характер та потенціал синергії. Управлінський підхід забезпечує необхідну організаційну структуру через політики та процедури, але має ризики надмірної формалізації. Особистісно орієнтований – розвиває індивідуальні компетентності та внутрішню мотивацію персоналу, проте може недооцінювати системні фактори. Екофасилітативний підхід підтримує природну самоорганізацію та культурну трансформацію, але вимагає високої кваліфікації екофасилітаторів і толерантності до невизначеності. Обґрунтування вибору екофасилітативного підходу як базового для інтеграції базується на його холістичності, здатності підтримувати природні зміни, адаптивності та можливості роботи у «буферній зоні розвитку» – просторі трансформації між старими та новими формами організації. Це особливо актуально для стоматологічної практики з її специфічними викликами емоційної складності процедур і необхідності довгострокової співпраці.

Дослідження підтверджує системоутворювальну роль психологічного фактора у формуванні комплаєнсу персоналу. Відповідно до принципу детермінізму, всі організаційні трансформації реалізуються через психологічні механізми – від інтерналізації цінностей до формування професійної ідентичності. Екофасилітативний підхід, як системно-

психологічний за своєю природою, створює простір для взаємної причинності (reciprocal causality), коли персонал одночасно адаптується до вимог і трансформує організаційне середовище.

Розроблена інтегративна модель реалізується через систему «подвійних циклів», де директивний контур (політики, контроль) органічно поєднується з розвивальним (формування компетентностей) та фасилітативним (рефлексія, ко-дизайн). Такий механізм забезпечує динамічний баланс між регламентацією діяльності та простором для професійної ініціативи, трансформуючи формальне дотримання норм у внутрішньо мотивовану культуру відповідальної взаємодії. Практична значущість моделі полягає в наданні конкретних інструментів для поетапного впровадження (структурний запуск, організаційна ініціалізація, розвиток компетентностей, інституціалізація) та диференційованих методів для індивідуального, командного й організаційного рівнів. Модель враховує специфіку різних напрямків стоматології та ролі різних категорій персоналу, забезпечуючи перехід від зовнішньої відповідності вимогам до внутрішньо мотивованої професійної культури.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі / Prospects for further research in this direction. Перспективи подальших досліджень включають емпіричне тестування моделі в різних типах стоматологічних закладів, розробку інструментарію оцінки рівня комплаєнтності персоналу, дослідження впливу на задоволеність пацієнтів та економічну ефективність, вивчення інтеграції цифрових технологій в екофасилітативну модель, а також міжкультурні дослідження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES

- [1] E. F. Van Steenbergen, N. Ellemers, The Social and Organizational Psychology of Compliance: How Organizational Culture Impacts on (Un)ethical Behavior, in *The Cambridge Handbook of Compliance. Cambridge Law Handbooks*; van Rooij B, Sokol D. D., Eds. Cambridge University Press, 2021, pp. 626–638. [Online]. Available: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/420253/the-social-and-organizational-psychology-of-compliance-how-organizational-culture-impacts-on-unethical-behavior.pdf?sequence=1> Application date: April 10, 2025.
- [2] C. Martinez, A. G. Skeet, P. M. Sasia, «Managing organizational ethics: How ethics becomes embedded in organizations», *Business Horizons*, vol. 64, is. 1, pp. 83–92, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2020.09.008>

- [3] V. Deciu, «Impact of Compliance Programs on Organizational Psychology», *Psychology*, vol. 11, is. 12, pp. 1862–1875, 2020.
<https://doi.org/10.4236/psych.2020.1112118>
- [4] G. R. Weaver, & L. K. Treviño, «Compliance and values-oriented ethics programs: influences on employees' attitudes and behavior», *Business Ethics Quarterly*, vol. 9, is. 2, 315–335. 1999.
<https://doi.org/10.2307/3857477>
- [5] K. S. Pope, «Steps to strengthen ethics in organizations: research findings, ethics placebos, and what works», *Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 16, is. 2, pp. 139–152, 2015. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.995021>
- [6] О. В. Овсієнко, «Комплаєнс у бізнес-адмініструванні та його роль у створенні ефективних норм господарської поведінки», *Економічний простір*, № 134, с. 173–185, 2018.
<https://doi.org/10.30838/P.ES.2224.050618.173.121>
- [7] О. Маковоз, Д. Коваль, «Теоретичні основи визначення поняття "комплаєнс менеджмент"», *Адаптивне управління: теорія і практика, Серія Економіка*, т. 17, № 34, 2023. [https://doi.org/10.33296/2707-0654-17\(34\)-14](https://doi.org/10.33296/2707-0654-17(34)-14)
- [8] М. Г. Бортнікова, Н. Р. Стасюк, Ю. Б. Малиновська, «Формування прикладного інструментарію комплаєнсу на вітчизняних підприємствах», *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*, № 5(1), с. 11–17, 2023.
<https://doi.org/10.23939/smeu2023.01.011>
- [9] G. Tejay, & M. Winkfield, «Does Leadership Approach Matter? Examining Behavioral Influences of Leaders on Employees' Information Security Compliance», *Information Systems Frontiers*, 2025.
<https://doi.org/10.1007/s10796-025-10592-4>
- [10] I. Hwang, R. Seo, & S. Hu, «Boosting employee information security compliance: the contingent roles of task-technology and person-organization fits», *Humanities and Social Sciences Communications*, 12, Art. number: 563, 2025. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-04718-x>
- [11] D. Lain, T. Jost, S. Matetic, K. Kostianen, & S. Capkun, «Content, Nudges and Incentives: A Study on the Effectiveness and Perception of Embedded Phishing Training», *of the 2024 on ACM SIGSAC Conference on Computer and Communications Security*. Salt Lake City, UT, USA, 2024, pp. 4182–4196.
<https://doi.org/10.1145/3658644.3690348>
- [12] M. Tamanna, J. D. Stephens, & M. Anwar, *Security Implications of User Non-compliance Behavior to Software Updates: A Risk Assessment Study*. 2024.
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2411.06262>

- [13] N. Mead, & P. Bower, «Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature», *Social Science & Medicine*, vol. 51, is. 7, pp. 1087–1110, 2000. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- [14] N. Mead, & P. Bower, «Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature», *Patient Education and Counseling*, vol. 48, is. 1, pp. 51–61, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00099-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00099-X)
- [15] G. Elwyn, D. Frosch, R. Thomson, N. Williams, A. Lloyd, P. Kinnersley, E. Cording, D. Tomson, C. Dodd, S. Rollnick, A. Edwards, & M. Barry, «Shared decision making: a model for clinical practice», *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, is. 10, pp. 1361–1367, 2012. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- [16] H. De Haes, & J. Bensing, «Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes», *Patient Education and Counseling*, vol. 74, is. 3, pp. 287–294, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.006>
- [17] K. B. Zolnieriek, & M. R. Dimatteo, «Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis», *Medical care*, vol. 47, is. 8, pp. 826–834, 2009. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- [18] V. Y. Siebinga, E. M. Driever, A. M. Stiggelbout, & P. L. Brand, «Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction – A cross-sectional analysis», *Patient Education and Counseling*, vol. 105, is. 7, pp. 2145–2150, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.012>
- [19] R. L. Street, «Mapping diverse measures of patient-centered communication onto the conceptual domains of patient-centered care», *Patient Education and Counseling*, vol. 102, is. 7, pp. 1225–1227, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.011>
- [20] A. Bellier, J. Fournier, N. Kaladzé, A. Bobrie, R. Paquien, Y. Cambet, E. Pons, J. Rendu, E. Anthoine, & L. Moret, «Validity and reliability of standardized instruments measuring physician communication and interpersonal skills in video-recorded medical consultations – A systematic review», *Patient Education and Counseling*, vol. 111, pp. 107708, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107708>
- [21] W. Langewitz, S. Ackermann, A. Heierle, R. Hertwig, L. Ghanim, & R. Bingisser, «Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure», *Patient Education and Counseling*, vol. 98, is. 6, pp. 716–721, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.003>

- [22] L. S. Morris, & R. M. Schulz, «Patient compliance – an overview», *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 17, is. 5, pp. 283–295, 1992.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.1992.tb01306.x>
- [23] J. S. Fogarty, «Reactance theory and patient noncompliance», *Social Science & Medicine*, vol. 45, is. 8, pp. 1277–1288, 1997.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00055-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00055-5)
- [24] R. Carpenter, «Perceived threat in compliance and adherence research», *Nursing Inquiry*, vol. 12, is. 3, pp. 192–199, 2005.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00269.x>
- [25] D. S. Ramsay, «Patient compliance with oral hygiene regimens: a behavioural self-regulation analysis with implications for technology», *International Dental Journal*, vol. 50, is. 6, pp. 304–311, 2000.
<https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2000.tb00580.x>
- [26] E. Amerio, G. Mainas, D. Petrova, L. G. Tarrida, J. Nart, & A. Monje, «Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: A systematic review», *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 47, is. 1, pp. 81–100, 2020. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13204>
- [27] F. O. Costa, L. O. Cota, E. J. Lages, T. C. Lorentz, R. V. Soares, & J. R. Cortelli, «Periodontal risk assessment model in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: A 3-year prospective study», *Journal of Periodontology*, vol. 83, is. 3, pp. 292–300, 2012.
<https://doi.org/10.1902/jop.2011.110187>
- [28] C. Graetz, J. C. Ehrenthal, C. Kowalski, D. Senf, S. Salzer, M. Anthuber, & C. E. Dörfer, «Periodontal maintenance: individual patient responses and discontinuations», *BMC Oral Health*, vol. 22(1), is. 610, 2022.
<https://doi.org/10.1186/s12903-022-02655-8>
- [29] R. A. Marín-Jaramillo, & A. A. Agudelo-Suárez, «Factors related to compliance with periodontal disease treatment appointments: A literature review», *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, vol. 14, is. 11, pp. e967–e971, 2022. <https://doi.org/10.4317/jced.59752>
- [30] P. Dahiya, R. Kamal, D. Kumar, & R. Bhardwaj, «Patient compliance – key to successful dental treatment», *Asian Pacific Journal of Health Sciences*, vol. 1, is. 1, pp. 39–41, 2014. [Online]. Available: <https://www.apjhs.com/index.php/apjhs/article/view/1516/1171> Application date: April 10, 2025.
- [31] П. В. Сухенко, «Психологічна компетентність стоматолога: орієнтири професійного розвитку», на IX Міжнар. наук.-практ. конф. *Психолого-педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах трансформації освіти*. Київ: ДЗВО

«УМО», 2021, с. 191–193. [Електронний ресурс].
Доступно: [http://umo.edu.ua/images/content/institutes/imp/vydannya/konferenc/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80_%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84_2021%20\(psiholog\).pdf](http://umo.edu.ua/images/content/institutes/imp/vydannya/konferenc/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80_%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84_2021%20(psiholog).pdf) Дата звернення: Квіт. 10, 2025.

- [32] П. В. Лушин, *Особистісні змінювання як процес: теорія та практика*. Одеса, Україна : Аспект, 2005. (російською)
- [33] П. В. Лушин, *Вступ до ЕкоПсихоломунології. Серія «Жива книга»*. Київ, Україна : Мирон А., 2018. (російською)
- [34] S. Hu, P. Wang, Y. Yao, & Z. Lu, «*I Always Felt that Something Was Wrong.*”: *Understanding Compliance Risks and Mitigation Strategies when Professionals Use Large Language Models*». 2024. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2411.04576>
- [35] E. M. Geurts, C. A. Pittens, G. Boland, S. Van Dulmen, J. Noordman, «Persuasive communication in medical decision-making during consultations with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care», *Patient Education and Counseling*, vol. 105, is. 5, pp. 1130–1137, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.022>

Матеріал надійшов до редакції 10.08.2025 р.

PSYCHOLOGICAL FOUNDATIONS OF PERSONNEL COMPLIANCE FORMATION IN DENTAL PRACTICE

Polina Sukhenko,

Ph.D. Student in Psychology (specialty code 053)
at the Department of Psychology and Personal Development
Educational and Scientific Institute of Management and Psychology
SIHE «University of Educational Management».
Kyiv, Ukraine.

 <https://orcid.org/0000-0002-6078-0219>
pollysukhenko@uem.edu.ua

Abstract. The article reveals the psychological foundations of personnel compliance system formation in dental practice through the integration of managerial, person-centered, and ecofacilitative approaches. It is established that personnel compliance is a multidimensional psychological characteristic encompassing phenomenological (active coordinated

behavior while maintaining professional autonomy), structural-dynamic (self-regulatory cycles combined with collective development processes), and functional (specific professional actions with measurable outcomes) dimensions. Three approaches to compliance formation are analyzed: managerial (system of policies and procedures), person-centered (development of psychological competence through knowledge, operational, motivational and personal components, formation of professional identity), and ecofacilitative (support of natural self-organization processes). Comparative analysis revealed the complementary nature of the approaches and their synergy potential. An integrative model with the ecofacilitative approach as system-forming is substantiated, implemented through a system of "double loops" and work in the "buffer zone of development" – a transformation space between old and new organizational forms. Four implementation stages are presented: structural launch, organizational initialization, competence development, and institutionalization. The roles of different personnel categories and specifics of dental specializations are defined. It is shown that the integration of approaches ensures a balance between activity regulation and space for professional initiative, transforming formal norm adherence into an internally motivated culture of responsible interaction.

Keywords: personnel compliance; compliance capacity; person-centered approach; ecofacilitative approach; organizational development; change management; professional autonomy; buffer zone of development; double loops; self-organization; dental practice; medical personnel.

ПЕРЕКЛАД, ТРАНСЛІТЕРАЦІЯ / TRANSLATED AND TRANSLITERATED

- [1] E. F. Van Steenberg, N. Ellemers, The Social and Organizational Psychology of Compliance: How Organizational Culture Impacts on (Un)ethical Behavior, in The Cambridge Handbook of Compliance. Cambridge Law Handbooks; van Rooij B, Sokol D. D., Eds. Cambridge University Press, 2021, pp. 626–638. [Online]. Available: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/420253/the-social-and-organizational-psychology-of-compliance-how-organizational-culture-impacts-on-unethical-behavior.pdf?sequence=1> Application date: April 10, 2025. (in English).
- [2] C. Martinez, A. G. Skeet, P. M. Sasia, «Managing organizational ethics: How ethics becomes embedded in organizations», Business Horizons, vol. 64, is. 1, pp. 83–92, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2020.09.008> (in English).

- [3] V. Deciu, «Impact of Compliance Programs on Organizational Psychology», *Psychology*, vol. 11, is. 12, pp. 1862–1875, 2020. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.1112118> (in English).
- [4] G. R. Weaver, & L. K. Treviño, «Compliance and values-oriented ethics programs: influences on employees' attitudes and behavior», *Business Ethics Quarterly*, vol. 9, is. 2, 315–335. 1999. <https://doi.org/10.2307/3857477> (in English).
- [5] K. S. Pope, «Steps to strengthen ethics in organizations: research findings, ethics placebos, and what works», *Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 16, is. 2, pp. 139–152, 2015. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.995021> (in English).
- [6] O. V. Ovsienko, «Komplaiens u biznes-administruvanni ta yoho rol u stvorenni efektyvnykh norm hospodarskoi povedinky», *Ekonomichnyi prostir*, № 134, s. 173–185, 2018. <https://doi.org/10.30838/P.ES.2224.050618.173.121> (in Ukrainian).
- [7] O. Makovoz, D. Koval, «Teoretychni osnovy vyznachennia poniattia "komplaiens menedzhment"», *Adaptyvne upravlinnia: teoriia i praktyka, Seriia Ekonomika*, t. 17, № 34, 2023. [https://doi.org/10.33296/2707-0654-17\(34\)-14](https://doi.org/10.33296/2707-0654-17(34)-14) (in Ukrainian).
- [8] M. H. Bortnikova, N. R. Stasiuk, Yu. B. Malynovska, «Formuvannia prykladnoho instrumentariiu komplaiensu na vitchyznianskykh pidpriemstvakh», *Menedzhment ta pidpriemnytstvo v Ukraini: etapy stanovlennia ta problemy rozvytku*, № 5(1), s. 11–17, 2023. <https://doi.org/10.23939/smeu2023.01.011> (in Ukrainian).
- [9] G. Tejay, & M. Winkfield, «Does Leadership Approach Matter? Examining Behavioral Influences of Leaders on Employees' Information Security Compliance», *Information Systems Frontiers*, 2025. <https://doi.org/10.1007/s10796-025-10592-4> (in English).
- [10] I. Hwang, R. Seo, & S. Hu, «Boosting employee information security compliance: the contingent roles of task-technology and person-organization fits», *Humanities and Social Sciences Communications*, 12, Art. number: 563, 2025. <https://doi.org/10.1057/s41599-025-04718-x> (in English).
- [11] D. Lain, T. Jost, S. Matetic, K. Kostainen, & S. Capkun, «Content, Nudges and Incentives: A Study on the Effectiveness and Perception of Embedded Phishing Training», of the 2024 on ACM SIGSAC Conference on Computer and Communications Security. Salt Lake City, UT, USA, 2024, pp. 4182–4196. <https://doi.org/10.1145/3658644.3690348> (in English).

- [12] M. Tamanna, J. D. Stephens, & M. Anwar, Security Implications of User Non-compliance Behavior to Software Updates: A Risk Assessment Study. 2024. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2411.06262> (in English).
- [13] N. Mead, & P. Bower, «Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature», *Social Science & Medicine*, vol. 51, is. 7, pp. 1087–1110, 2000. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8) (in English).
- [14] N. Mead, & P. Bower, «Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature», *Patient Education and Counseling*, vol. 48, is. 1, pp. 51–61, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00099-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00099-X) (in English).
- [15] G. Elwyn, D. Frosch, R. Thomson, N. Williams, A. Lloyd, P. Kinnersley, E. Cording, D. Tomson, C. Dodd, S. Rollnick, A. Edwards, & M. Barry, «Shared decision making: a model for clinical practice», *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, is. 10, pp. 1361–1367, 2012. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6> (in English).
- [16] H. De Haes, & J. Bensing, «Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes», *Patient Education and Counseling*, vol. 74, is. 3, pp. 287–294, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.006> (in English).
- [17] K. B. Zolnieriek, & M. R. Dimatteo, «Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis», *Medical care*, vol. 47, is. 8, pp. 826–834, 2009. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc> (in English).
- [18] V. Y. Siebinga, E. M. Driever, A. M. Stiggelbout, & P. L. Brand, «Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction – A cross-sectional analysis», *Patient Education and Counseling*, vol. 105, is. 7, pp. 2145–2150, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.012> (in English).
- [19] R. L. Street, «Mapping diverse measures of patient-centered communication onto the conceptual domains of patient-centered care», *Patient Education and Counseling*, vol. 102, is. 7, pp. 1225–1227, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.011> (in English).
- [20] A. Bellier, J. Fournier, N. Kaladzé, A. Bobrie, R. Paquien, Y. Cambet, E. Pons, J. Rendu, E. Anthoine, & L. Moret, «Validity and reliability of standardized instruments measuring physician communication and interpersonal skills in video-recorded medical consultations – A systematic review», *Patient Education and Counseling*, vol. 111, pp. 107708, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107708> (in English).

- [21] W. Langewitz, S. Ackermann, A. Heierle, R. Hertwig, L. Ghanim, & R. Bingisser, «Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure», *Patient Education and Counseling*, vol. 98, is. 6, pp. 716–721, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.003> (in English).
- [22] L. S. Morris, & R. M. Schulz, «Patient compliance – an overview», *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 17, is. 5, pp. 283–295, 1992. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.1992.tb01306.x> (in English).
- [23] J. S. Fogarty, «Reactance theory and patient noncompliance», *Social Science & Medicine*, vol. 45, is. 8, pp. 1277–1288, 1997. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00055-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00055-5) (in English).
- [24] R. Carpenter, «Perceived threat in compliance and adherence research», *Nursing Inquiry*, vol. 12, is. 3, pp. 192–199, 2005. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00269.x> (in English).
- [25] D. S. Ramsay, «Patient compliance with oral hygiene regimens: a behavioural self-regulation analysis with implications for technology», *International Dental Journal*, vol. 50, is. 6, pp. 304–311, 2000. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2000.tb00580.x> (in English).
- [26] E. Amerio, G. Mainas, D. Petrova, L. G. Tarrida, J. Nart, & A. Monje, «Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: A systematic review», *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 47, is. 1, pp. 81–100, 2020. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13204> (in English).
- [27] F. O. Costa, L. O. Cota, E. J. Lages, T. C. Lorentz, R. V. Soares, & J. R. Cortelli, «Periodontal risk assessment model in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: A 3-year prospective study», *Journal of Periodontology*, vol. 83, is. 3, pp. 292–300, 2012. <https://doi.org/10.1902/jop.2011.110187> (in English).
- [28] C. Graetz, J. C. Ehrenthal, C. Kowalski, D. Senf, S. Salzer, M. Anthuber, & C. E. Dörfer, «Periodontal maintenance: individual patient responses and discontinuations», *BMC Oral Health*, vol. 22(1), is. 610, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02655-8> (in English).
- [29] R. A. Marín-Jaramillo, & A. A. Agudelo-Suárez, «Factors related to compliance with periodontal disease treatment appointments: A literature review», *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, vol. 14, is. 11, pp. e967–e971, 2022. <https://doi.org/10.4317/jced.59752> (in English).
- [30] P. Dahiya, R. Kamal, D. Kumar, & R. Bhardwaj, «Patient compliance – key to successful dental treatment», *Asian Pacific Journal of Health Sciences*, vol. 1, is. 1, pp. 39–41, 2014. [Online].

Available: <https://www.apjhs.com/index.php/apjhs/article/view/1516/1171> Application date: April 10, 2025. (in English).

- [31] P. V. Sukhenko, «Psykhologichna kompetentnist stomatoloha: oriientyry profesiinoho rozvytku», na IX Mizhnar. nauk.-prakt. konf. Psykholohopedahohichnyi suprovid profesiinoi pidhotovky ta pidvyshchennia kvalifikatsii fakhivtsiv v umovakh transformatsii osvity. Kyiv : DZVO «UMO», 2021, s. 191–193. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: [http://umo.edu.ua/images/content/institutes/imp/vydannya/konferenc/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84_2021%20\(psiholog\).pdf](http://umo.edu.ua/images/content/institutes/imp/vydannya/konferenc/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84_2021%20(psiholog).pdf) Дата звернення: Квіт. 10, 2025. (in Ukrainian).
- [32] P. V. Lushyn, Osobystisni zminiuvannia yak protses: teoriia ta praktyka. Odesa, Ukraina : Aspekt, 2005. (in Russian).
- [33] P. V. Lushyn, Vvedennia v EkoPsykhoImunolohiiu. Seriia «Zhyva knyha». Kyiv, Ukraina : Myron A., 2018. (in Russian).
- [34] S. Hu, P. Wang, Y. Yao, & Z. Lu, «I Always Felt that Something Was Wrong.”: Understanding Compliance Risks and Mitigation Strategies when Professionals Use Large Language Models». 2024. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2411.04576> (in English).
- [35] E. M. Geurts, C. A. Pittens, G. Boland, S. Van Dulmen, J. Noordman, «Persuasive communication in medical decision-making during consultations with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care», Patient Education and Counseling, vol. 105, is. 5, pp. 1130–1137, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.022> (in English).

Retrieved August 10, 2025
Reviewed August 30, 2025
Published September 24, 2025

отримано
рецензовано
опубліковано



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

© Polina Sukhenko, 2025