

# **Комунікативні навички лікаря**

***Підручник для студентів вищих медичних  
навчальних закладів та фахівців  
практичної медицини***

*2-ге видання, перероблене і доповнене*

*За загальною редакцією проф. О.С. Чабана*



Київ  
2021

УДК 614.253:159.9

ББК 51.1п+88.8

К63

**Авторський колектив:** Чабан О.С., Хаустова О.О., Коваль І.А., Абдяхімова Ц.Б., Асанова А.Е., Асонов Д.О., Безшейко В.Г., Дорохіна А.О., Клебан К.І., Мухаровська І.Р., Науменко Г.М., Олійник А.О., Омелянович В.Ю., Сапон Д.М., Сак Л.В., Трачук Л.Є., Франкова І.О.

*Рекомендовано вченою радою НМУ як підручник для студентів, магістрів та лікарів напрямку підготовки б.050301 «лікувальна справа», «медична психологія», «реабілітологія» (протокол № 13 від 18 червня 2021 року)*

**Рецензенти:** *Пуук Н.Г.*, д-р мед. наук, проф., Національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова, завідувач кафедри медичної психології, психіатрії; *Маркова М.В.*, д-р мед. наук, проф., Харківська медична академія післядипломної освіти, в. о. завідувача кафедри психотерапії

**К63** **Комунікативні** навички лікаря: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, І.А. Коваль та ін.; за заг. ред. О.С. Чабана. 2-ге вид., переробл і доповн. — К.: Видавець Заславський О.Ю., 2021. — 429 с.  
ISBN 978-617-632-\*-\*

Зміст видання відповідає освітньо-професійній програмі підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах МОЗ України за спеціальністю 222 «Медицина» та програмі дисципліни «Комунікативні навички лікаря».

Розглянуті питання професійної комунікації лікаря з пацієнтом, родиною хворого, у медичному середовищі (з колегами); чинники, що впливають на встановлення та підтримання контакту з пацієнтом у процесі лікувально-діагностичної взаємодії, достатнього для досягнення лікувальних цілей; тактика та стратегія у типових ситуаціях лікувально-діагностичної взаємодії, у тому числі коли пацієнти мають особистісні особливості, демонструють ознаки психічного стресу, неадаптивну поведінку; шляхи профілактики та подолання медичних конфліктів; принципи спілкування з родиною хворого; організація робочого часу лікаря з позицій тайм-менеджменту, значення професійного розвитку та психологічних компетенцій для виконуваної діяльності; шляхи та засоби профілактики професійної дезадаптації та емоційного вигорання.

УДК 614.253:159.9

ББК 51.1п+88.8

ISBN 978-617-632-\*-\*

© Чабан О.С., 2021

© Видавець Заславський О.Ю., 2021

# ЗМІСТ

Вступ.....	6
<b>I. Теоретичні й практичні основи комунікації</b>	
<b>в лікувально-діагностичній взаємодії (Чабан О.С.)</b> .....	8
<b>Розділ 1. Професійна комунікація</b>	
<b>в практичній діяльності лікаря</b> .....	10
1.1. Комунікація та етико-деонтологічні принципи в медицині (Чабан О.С.) .....	10
1.2. Правові аспекти в комунікації лікаря і пацієнта (Хаустова О.О., Сапон Д.М., Клебан К.І.) .....	20
1.3. Комунікативна компетентність лікаря (Хаустова О.О., Науменко Г.М.) .....	25
1.4. Комунікативні навички як частина об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ) (Омельянович В.Ю., Хаустова О.О., Чабан О.С.) .....	32
Запитання для контролю й самоконтролю.....	44
Ситуаційні завдання .....	44
Рекомендована література .....	45
<b>Розділ 2. Структура професійної комунікації</b> .....	47
2.1. Невербальна комунікація (Чабан О.С., Науменко Г.М.) .....	47
2.2. Вербальна комунікація (Науменко Г.М.) .....	52
2.3. Окремі техніки комунікації (Чабан О.С., Хаустова О.О.).....	60
2.4. Мотиваційне інтерв'ю (Чабан О.С.) .....	65
Питання для контролю та самоконтролю .....	82
Ситуаційні завдання .....	83
Рекомендована література .....	84
<b>Розділ 3. Алгоритм професійного спілкування лікаря</b>	
<b>з пацієнтом</b> .....	85
3.1. Загальні правила комунікації студента з пацієнтом (Хаустова О.О.).....	85
3.2. Алгоритм Калгарі — Кембридж (Асанова А.Е.) .....	92
3.3. Дистанційна комунікація та eHealth-технології (Чабан О.С.).....	101
3.4. Модель спільного прийняття рішення «лікар — пацієнт» (Науменко Г.М.) .....	118
Запитання для контролю та самоконтролю.....	125
Ситуаційні завдання .....	126
Рекомендована література .....	128
<b>Розділ 4. Алгоритми навичок професійного спілкування</b>	
<b>в окремих клінічних ситуаціях</b> .....	129
4.1. Алгоритм повідомлення поганих новин (Мухаровська І.Р., Коваль І.А., Асонов Д.О.) .....	129
4.2. Пояснення діагностичних процедур (Безшейко В.Г., Сак Л.В.) .....	145

4.3. Пояснення лікування та лікувальних процедур ( <i>Безшейко В.Г., Сак Л.В.</i> ) .....	147
4.4. Інші типові ситуації комунікації лікаря з пацієнтом ( <i>Безшейко В.Г., Асонов Д.О., Сак Л.В.</i> ) .....	154
Запитання для контролю та самоконтролю.....	164
Ситуаційні завдання .....	164
Рекомендована література .....	165
<b>II. Комунікативні компетенції лікаря в медичній практиці</b>	
<b>та медико-психологічні засади лікувально-діагностичної взаємодії .....</b>	<b>167</b>
<b>Розділ 5. Типові складні ситуації у взаємодії «лікар — пацієнт» залежно</b>	
<b>від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта .....</b>	<b>167</b>
5.1. Загальні правила комунікації в складних ситуаціях ( <i>Чабан О.С., Асанова А.Е., Хаустова О.О.</i> ) .....	167
5.2. Складні комунікативні ситуації, обумовлені переважно емоційним станом пацієнта ( <i>Асанова А.Е., Хаустова О.О.</i> ) .....	173
5.3. Складні комунікативні ситуації, обумовлені переважно когнітивними особливостями пацієнта ( <i>Асанова А.Е., Хаустова О.О.</i> ) ...	177
5.4. Складні комунікативні ситуації, обумовлені переважно поведінковими особливостями пацієнта ( <i>Асанова А.Е., Хаустова О.О.</i> )...	180
5.5. Особливості комунікації з пацієнтами похилого віку ( <i>Хаустова О.О.</i> ) .....	183
Запитання для контролю та самоконтролю.....	196
Ситуаційні завдання .....	197
Рекомендована література .....	197
<b>Розділ 6. Кризові та конфліктні ситуації у взаємодії «лікар — пацієнт» .....</b>	<b>199</b>
6.1. Загальна характеристика конфліктів та кризових ситуацій ( <i>Чабан О.С., Франкова І.О.</i> ) .....	200
6.2. Управління конфліктами та кризовими ситуаціями .....	211
6.3. Конфлікт між пацієнтом і медичним персоналом.....	221
6.4. Управління конфліктами у медичних закладах.....	226
Запитання для контролю та самоконтролю.....	231
Ситуаційні завдання .....	232
Рекомендована література .....	232
<b>Розділ 7. Особливості комунікативних навичок</b>	
<b>в окремих напрямках медицини.....</b>	<b>234</b>
7.1. Особливості комунікації в багатопрофільній лікарні ( <i>Коваль І.А., Трачук Л.Є., Мухаровська І.Р.</i> ) .....	234
7.2. Особливості професійної комунікації в онкологічній практиці ( <i>Мухаровська І.Р.</i> ) .....	256
7.3. Особливості комунікації з особливо уразливими категоріями пацієнтів ( <i>Сапон Д.М.</i> ) .....	272
Запитання для контролю та самоконтролю.....	284
Ситуаційні завдання .....	285
Рекомендована література .....	286

<b>Розділ 8. Особливості професійного спілкування лікаря з родичами пацієнтів</b> .....	288
8.1. Особливості психологічного реагування родини на хворобу пацієнта ( <i>Мухаровська І.Р.</i> ) .....	291
8.2. Дотримання конфіденційності ( <i>Мухаровська І.Р.</i> ) .....	296
8.3. Типові ситуації залучення членів сім'ї до лікувальної взаємодії ( <i>Мухаровська І.Р.</i> ) .....	297
8.4. Загальні принципи взаємодії з родичами пацієнта ( <i>Мухаровська І.Р.</i> ) .....	299
8.5. Окремі проблеми комунікації лікаря з сім'єю пацієнта ( <i>Мухаровська І.Р., Дорохіна А.О.</i> ) .....	307
8.6. Релігія та ритуали в медичних закладах ( <i>Чабан О.С.</i> ) .....	&&&&
Запитання для контролю та самоконтролю.....	315
Ситуаційні завдання .....	315
Рекомендована література .....	316
<b>Розділ 9. Професійне спілкування в медичному середовищі</b> ( <i>Чабан О.С., Мухаровська І.Р., Абдюхімова Ц.Б., Хауства О.О.</i> ) .....	318
9.1. Медичний колектив: професійні взаємини та комунікативні ситуації .....	318
9.2. Професійний стрес та професійна деформація лікаря як підгрунтя професійного вигорання.....	330
9.3. Професійне вигорання медичних працівників.....	341
Запитання для контролю і самоконтролю .....	352
Ситуаційні завдання .....	352
Рекомендована література .....	353
<b>Розділ 10. Професійна комунікація з психологічно тяжкими пацієнтами в окремих клінічних ситуаціях</b> ( <i>Чабан О.С., Олійник А.О.</i> ).....	355
10.1. Терапевтична взаємодія з психологічно тяжким пацієнтом.....	355
10.2. Тип реагування на хворобу як підгрунтя ефективності професійної комунікації.....	60
10.3. Рекомендації щодо професійної комунікації з психологічно тяжкими пацієнтами в складних ситуаціях.....	365
Запитання для контролю та самоконтролю.....	380
Ситуаційні завдання .....	380
Рекомендована література .....	381
<b>Післямова</b> .....	383
<b>Додатки</b> .....	???

# Вступ

Кожна професія, що передбачає взаємодію в системі «людина — людина», ґрунтується на навичках спілкування. Якщо ж говорити про медицину і взаємодію медичного персоналу з пацієнтами, то розуміння, усвідомлення, навічання й опанування цих навичок стає вельми значущим, а подекуди й вирішальним у подальшій реалізації власної фаховості: у діагностиці, формуванні прихильності, а саме у варіанті терапевтичного альянсу, лікуванні й реабілітації.

Саме тому предмет «Комунікативні навички лікаря» стає рівноцінним за значенням і важливістю з іншими практичними навичками як лікаря, так і інших медичних працівників кожної медичної спеціальності.

Можна бути суперфахівцем, володіти унікальними техніками медичних маніпуляцій, можна напам'ять знати клінічні настанови й протоколи, можна щоденно удосконалювати свою фаховість і мистецтво лікування, але все це стає неефективним, якщо лікар не зможе донести свої знання й уміння до пацієнта і не зробить його повноцінним учасником його ж лікування.

Доволі часто мотивація щодо лікування, ефективна комунікація стають тією базою, на якій поступово вибудовується складна система діагностики й лікування. Врешті-решт, ефективна комунікація — це довіра до лікарів і участь пацієнта в терапевтичних діях і реабілітації, це створення мети «життя без хвороби», мотивація до зміни якості життя на краще навіть у ситуації недосягнення патогенетичного вирішення (повне одужання) проблеми пацієнта.

Викладання клінічних дисциплін у медичному вузі створює ситуацію, коли студенти швидко формують своєрідну фахову мову, наповнену термінологією, специфічними виразами, медичним сленгом. Це поступово призводить до того, що у взаємодії з пацієнтом студентові, а потім і лікареві буває важко налаштуватися на «звичайну» мову, просто й доступно пояснювати свої думки, план, мету лікування, цим самим ефективно долучати пацієнта до лікування.

Не менш значимою стає ситуація грамотного й психологічно амортизуючого повідомлення новин, неприємних для пацієнта і його близьких, у тому числі про тяжкі й складні діагнози, про обмеження фізичних і психічних функцій унаслідок хвороби або, найгірше, про смерть пацієнта. У цьому випадку на лікаря покладається особлива від-

повідальність. І без знання специфічних навичок комунікації в подібній ситуації не обійтись.

Комунікативні навички в медицині мають багато спільного щодо різних фахів і напрямків, але в кожній медичній спеціальності є свої особливості. Навіть без заглиблення в тему зрозуміло, що фахове спілкування в педіатрії відрізняється від такого ж у хірургії, геріатрії, фармації, кардіології, гінекології, стоматології, психіатрії тощо.

Викладання цього предмета достатньо стандартизоване і є обов'язковим у країнах з високорозвиненою медичною допомогою і високим рівнем медичної освіти. З цього предмета студенти складають досить серйозні іспити — як щодо теорії, так і щодо практичних навичок.

Модель відносин «лікар — пацієнт» змінюється в часі: від патерналістських (сакральних) відносин — до формування конкордансу (рівноцінного терапевтичного альянсу) з розподілом відповідальності за здоров'я, що в ідеалі прагне до 50/50; а сама співпраця має відбуватися із запобіганням *burn out* синдрому.

Саме тому в цьому першому національному україномовному підручнику авторський колектив кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця доклав максимум зусиль, щоб не лише передати все те, що напрацьовано нашими колегами з університетів Євросоюзу і Північної Америки, але й доповнити ці напрацювання нашими власними надбаннями й досвідом викладання даного предмета, а також результатами наших наукових досліджень у цій галузі медицини.

Упевнені, що підручник стане в нагоді студентам, магістрам, інтернам і лікарям усіх спеціальностей.

І останнє наше побажання — у вигляді слогана: «Людина стала особистістю завдяки спілкуванню. Вчіться спілкуватися! І спілкуватися фахово! Тоді ви дійсно станете ефективними спеціалістами!»

*З повагою, професор Олег Чабан* ■

# Теоретичні й практичні основи комунікації в лікувально- діагностичній взаємодії

Чабан О.С.

**Комунікація** (від лат. *communicatio* — єдність, передача, з'єднання, повідомлення; від лат. *communico* — роблю спільним, повідомляю, з'єднаю, спілкуюсь) — це процес обміну інформацією (фактами, ідеями, поглядами, емоціями тощо) між двома або більше особами, спілкування за допомогою вербальних і невербальних засобів з метою передачі, отримання й накопичення інформації.

**Комунікативний процес** — це обмін інформацією між двома й більше особами, метою якого є забезпечення розуміння інформації, що є предметом обміну.

Комунікативний процес складається з п'яти базових елементів, а саме:

1. Відправник (особа, яка генерує ідею або ж збирає інформацію і передає її).
2. Повідомлення (безпосередньо інформація).
3. Канал (засіб передачі інформації: усна передача, письмова, телефонні переговори, електронна пошта, масмедіа з усіма своїми ресурсами тощо).
4. Одержувач, або ж адресат (особа, якій призначена інформація і яка її інтерпретує і накопичує).
5. Зворотний зв'язок (реакція).

Отже, основною ознакою ефективної комунікації є якісний зворотний зв'язок між тим, що ви повідомили, і тим, як вас почули й зрозуміли.

Професійна діяльність лікаря включає як володіння власне лікарськими знаннями й навичками, так і вміння максимально ефективно реалізовувати їх за рахунок розвитку професійних якостей особистості.

**Метою** вивчення дисципліни «Комунікативні навички лікаря» є розвиток комунікативно-психологічних компетенцій, засвоєння студентами теоретичних і практичних засад лікувально-діагностичної взаємодії, спрямованих на формування адаптивної моделі поведінки в



ситуаціях професійного спілкування з пацієнтами, членами їх сім'ї і в медичному колективі.

**Основними завданнями** засвоєння дисципліни «Комунікативні навички лікаря» є:

1) на основі новітніх досягнень нейронаук, психологічних наук, у тому числі медичної і соціальної психології, сучасного підходу до між-персональної і групової комунікації — формування цілісного уявлення щодо ролі, змісту й значення професійної комунікації лікаря в процесі лікувально-діагностичної взаємодії;

2) оволодіння системою знань щодо основ саногенного і ятрогенного впливу комунікації лікаря на учасників лікувального процесу (пацієнтів, членів родини пацієнта, колег), профілактики нозогенії і ятрогенії;

3) формування інтегративного біопсихосоціального підходу в лікуванні пацієнтів і засвоєння комунікативно-психологічних компетенцій для ефективної реалізації лікувальної стратегії;

4) потенціювання розвитку адаптивної моделі поведінки в типових ситуаціях лікувальної взаємодії і ситуаціях, коли учасники лікувального процесу демонструють ознаки психічного стресу;

5) оволодіння комунікативними навиками в лікувально-діагностичній взаємодії;

6) навчання ефективних стратегій поведінки під час конфліктів у медичній сфері;

7) сприяння розширенню знань стосовно можливостей, способів і методів організації професійної діяльності й саморозвитку у своїй спеціальності (тайм-менеджмент, самопрезентація, soft skills);

8) закладання засад збереження власного психічного здоров'я студентів-медиків і дипломованих фахівців, профілактики професійного вигорання (*burn out* синдрому) і підвищення професійної стресостійкості.

У додатках читачі зможуть ознайомитися зі шкалами, призначеними для оцінки комунікації, щоб надалі використовувати їх у своїй практичній діяльності, у тому числі в ситуаціях з емоційними проблемами пацієнтів або з афазією, зокрема, це шкали оцінки синдрому професійного вигорання, якості життя пацієнта та інші шкали, які на пряму або опосередковано мають відношення до комунікації лікаря та пацієнта. ■

# Розділ 1.

## Професійна комунікація в практичній діяльності лікаря

Якщо немає діалогу, ми неефективні.  
*Екзистенційний психотерапевт Альфред Ленгле*

**Ключові поняття теми:** комунікація; дискomuнікація; етико-деонтологічні принципи комунікації; правові аспекти комунікації; комунікативна компетентність лікаря; оцінка комунікативних навичок.

### 1.1. Комунікація та етико-деонтологічні принципи в медицині

*Чабан О.С.*

Людина передусім є соціальною істотою. У своїй діяльності вона завжди взаємодіє з іншими людьми. А ця взаємодія неможлива без спілкування. Спілкування — це форма взаємозв'язку людей у процесі спільної життєдіяльності. Спілкування — це формування особистості й фаховості.

Потреба здорової людини в спілкуванні є дуже великою. Це одна з її вроджених потреб. Лише при реалізації соціального відходу у вигляді дауншифтингу, або *simple living*, а також у випадку деяких психічних розладів люди іноді відмовляються від живого, безпосереднього спілкування з іншими людьми, хоча за рахунок патологічної фантазії і вони спілкуються, але доволі обмежено або навіть самі з собою.

У минулому люди були більш комунікабельними, ніж у теперішні часи. Встановлено кілька факторів, що сприяють зниженню рівня спілкування, важливими є такі:

— **фактор особистісної автономії.** Люди все більше й більше віддаляють себе від суспільства, стають більш егоїстичними, дотримуються принципу «Моя хата з краю...»;

— **фактор урбанізації.** Технічний прогрес зменшує потребу одного в одному. Не потрібно разом рити колодязь, щоб була вода, разом викорчувувати ліс, щоб була земля, тощо. Крім цього, у великому місті є

надлишок вимушених контактів (поїздки в транспорті, покупки в магазинах і на ринках, контакти на роботі тощо). Людина стомлюється від надлишку контактів, хоче побути на самоті. У мегаполісах люди доволі часто втомлюються саме від людей;

— **фактор масової комунікації.** Раніше всі новини люди передавали особисто один одному. Зараз всю значиму інформацію можна отримати за допомогою телепередач, радіо, газет, журналів тощо. Відпадає необхідність шукати реального співрозмовника;

— **фактор наживи й удавання.** Реалії життя примушують людей користуватись «масками» для спілкування, щоб отримати певні вигоди. Щире людське спілкування часто відходить на задній план. Широко розпропаговані принципи Дейла Карнегі, незважаючи на практичну цінність, розраховані передусім на отримання особистої вигоди;

— **фактор дегуманізації життя.** Реалії життя останнім часом дегуманізуюче впливають на людину. Жорстоке ставлення до оточуючих, і навіть до своїх близьких, стає своєрідною нормою. Пенсіонера й працездатного безробітного пригноблює безгрошів'я. Багатії ховають себе і свої сім'ї за охоронцями, яким також не довіряють. Люди намагаються уникати неформального спілкування, бо бояться за свій добробут і життя.

Дія вищезгаданих факторів призводить до розвитку своєрідного **синдрому дискомунікації**, що має чотири основні варіанти, які можуть утворювати змішані форми:

— прагнення до спілкування з неможливістю знайти душевного співрозмовника (почуття «самотність серед людей»);

— потяг до контакту з нездатністю налагодити його навіть за наявності співрозмовників («комунікативна безпорадність»);

— прагнення до спілкування переважно з метою розрядити накопичену агресивність («конфліктне спілкування»);

— згасання потягу до контактів («утома від спілкування», непереносимість спілкування, відхід від оточуючих углиб себе).

Комунікативні навички в медицині мають свої особливості, а комунікативні аспекти діяльності лікаря посідають значимі місця в усіх видах компетенції.

Для прикладу приведемо фахові вимоги (компетентності лікаря-випускника) лікаря у Великій Британії (табл. 1.1).

Як можна зауважити, «ефективна комунікація з пацієнтами, родичами...» є обов'язковою і оцінюваною на іспитах і при демонстрації клінічних навичок для отримання сертифіката лікаря.

Медичний працівник повинен розуміти душевний стан пацієнта, усвідомити причину можливої дискомунікації або надмірного, на-

**Таблиця 1.1. Компетентності лікаря-випускника у Великій Британії (General Medical Council, 2015)**

Компетентність	Характеристика
Scholar and scientist	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Використання базових знань (у тому числі з фундаментальних, психологічних і соціальних/популяційних дисциплін)</li> <li>— використання методології наукових досліджень</li> </ul>
Practitioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Консультування (у тому числі оцінка здатності пацієнтів приймати рішення, бажання пояснення сутності методів діагностики й лікування)</li> <li>— інтерпретація даних досліджень, встановлення діагнозу й лікування з урахуванням прав і бажань пацієнтів</li> <li>— ефективна комунікація з пацієнтами, родичами та ін., у тому числі <i>письмова</i> в медичній документації</li> </ul>
Professional	<ul style="list-style-type: none"> <li>— на основі етики і права, у тому числі Good Clinical Practice (GCP)</li> <li>— використання самоаналізу й безперервне навчання</li> <li>— усвідомлення власних обмежень</li> <li>— робота в команді</li> </ul>

стирливого потягу до спілкування, щоб грамотно й тактовно включити комунікацію в індивідуальний комплекс лікувально-профілактичних заходів.

### ***1.1.1. Основні психологічні компоненти спілкування***

Хвора людина звертається до медиків та очікує від спілкування з ними розуміння, що з нею відбувається, вона має потребу та прагне отримати фахову пораду, розраду та душевне заспокоєння.

Взаємодія лікаря та пацієнта, яку можна позначити як консультацію, діагностичний та лікувальний огляд, це не лише лікувальна взаємодія в істинному значенні цих слів, але одночасно — психологічна потреба будь-якої людини, у якої щось трапилося зі здоров'ям, виговоритися, почути професійну думку, заспокоїтися, зменшити свій страх та тривогу, привести свій душевний збурений стан хоч в якусь рівновагу.

Усе це стає обов'язковою часткою діагностично-лікувально-реабілітаційного процесу, причому немаловажливою.

Якщо ж спробувати зрозуміти та оцінити компоненти спілкування в контексті вищесказаного, то найбільш важливими стають такі: уміння правильно слухати, активно та ефективно сприймати, вчасно виявляти, демонструвати ефект постійної присутності (не відволікатись

та не робити якусь паралельну роботу, не вести бесіди по телефону), демонструвати толерантне ставлення до альтернативних поглядів пацієнтів та їх родичів, демонструвати альтруїзм та емпатію, бути людяним та ширим, «живим» лікарем, а не вихолощеним від гуманних рис носієм фахових знань та клінічних настанов і рекомендацій.

Потрібно добре усвідомлювати, що слухати і чути — два різних поняття; а людина здатна сприймати і опрацьовувати інформацію в 4 рази швидше, ніж відтворювати її; що лікар та його пацієнт — це два різні типи нервової системи, особливостей психіки та особистості. А ще — розуміти та знати, що навіть при повторних зустрічах наші канали сприймання працюють неоднаково, і у пацієнта може залишитися недостатньо знань щодо його проблеми.

Усе вищенаведене вже надає процесу комунікації певні особливості та має різний результат.

Тому коли лікар та пацієнт розмовляють та слухають один одного, вони не просто обмінюються інформацією, а одночасно передають один одному сигнали про стан своїх емоцій, впевненість чи невпевненість, рішучість чи нерішучість, невербальні сигнали щодо наступних дій, заохочення та всього того, що робить цю комунікацію в кінцевому результаті ефективною або неефективною, а іноді і деструктивною.

Спілкування вимагає включення природних механізмів співчуття, бажання бути почутим та зрозумілим, заспокоєння, роз'яснення та душевної розрядки. Власне, всі ці вимоги, як ніщо інше, вимагають ефективної присутності лікаря і його живого включення в спілкування.

Вміння чути та слухати — це одночасно вміння розпізнати істинні проблеми, переживання пацієнта, які доволі часто відрізняються від простого розуміння «переживаю, тому що хворію». За цим розумінням стоять інші дії та оцінка лікарем емоцій його пацієнта, а значить, більш ефективна співпраця з ним, створення ефективного терапевтичного альянсу.

Під час розмови з пацієнтом лікар повинен забезпечити все від нього залежне, щоб пацієнт саморозкрився та став союзником лікаря у вирішенні власних проблем. Саморозкриття — складний процес і не дається легко нікому, а тим більше людині із соматичними чи психічними проблемами. Тому ефективний лікар — це лікар, який вміє правильно організувати бесіду, бути керівником фахової розмови, вести за собою та своєю думкою пацієнта, але також враховувати його природну наляканість, тривожність, злість та безпорадність. Саморозкриття пацієнта — це високофахова робота лікаря зі знаннями про психологію хворої людини, особливості її реакцій, усвідомлені та неусвідомлені

форми захисту навіть від комунікації з фахівцями. На ефекті саморозкриття, по суті, ґрунтуються всі методи психотерапії. На нещирості та «бавленні в ролі» ефективної терапії не побудуєш. Але доволі часто пацієнти, не усвідомлюючи цього, включаються в ці ролі (жертви, ображеного життям, обтяженого гріхом, виною, обтяження для сім'ї, злого року, розплати тощо). Мистецтво лікаря — вивести пацієнта із цих ролей і працювати з його особистістю в досягнутому стані довіри та ширості. Лікар ніколи не моралізує. Він лікує.

В основі такої взаємодії завжди лежить особлива людська властивість, яку іноді приписують і вищим тваринам, — емпатія. Емпатія — це складна робота дзеркальних нейронів нашого головного мозку, які реагують на багато сигналів від співрозмовника: його емоції, гучність та тембр голосу, переривчастість чи безперервність мовлення, вираз обличчя, паузи, якщо вони чимось відрізняються від звичної розмови, невербальні сигнали та ін.

Співрозмовники в емпатичному зв'язку наче постійно міняються місцями і починають співпереживати один одному. Усе це доповнюється рефлекторним альтруїзмом, а звідси — відчуття глибокого розуміння проблем та переживань співрозмовника аж до хворобливих власних проявів, як це часто буває у рідних людей (втрата сну, надмірна тривога, страх, розпач). Звичайно, лікар, проявляючи емпатію, не має права включатися надмірно в страждання пацієнта, тому що за цим настане професійне вигорання, і хороший, совісний та висококваліфікований лікар більше не буде ефективним для сотень, а то й тисяч інших пацієнтів, які так і не дочекаються його допомоги. Лікаря від подібного «надемпатичного» включення захищає його професійність. Але і бути не емпатичним, таким собі «доктором Хаусом» зі знаменитого медичного серіалу, — це також прояв нефаховості та механіцизму професії.

Недаремно сучасні розробники медичного програмного забезпечення, особливо для дистанційного варіанта комунікації, паралельно розробляють програми проявів емоцій чатботів та програми на кшталт «Доктор Ватсон».

Без емпатії та альтруїзму комунікація стає таким собі фантомом взаємодії між лікарем та пацієнтом: щось обоє отримують, але це несправжнє і неефективне для подальшої взаємодії, особливо орієнтованої на тривалу терапію.

### ***1.1.2. Деонтологічні засади медичної діяльності***

Розуміння сучасного підходу до лікувального процесу — це прийняття ідеї, яку інтенсивно впроваджує ВООЗ в останні десятиліття,

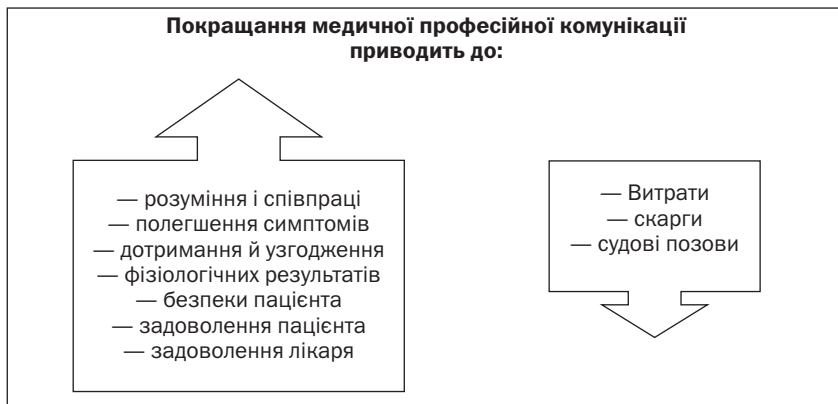
а саме біопсихосоціальної моделі будь-якого захворювання. Що це означає? Це означає, що в основі хвороби завжди лежать ці складові частини, а отже, об'єктом та суб'єктом дії стає не лише біологічний об'єкт — уражене хворобою тіло, а і психологія людини, розуміння її соціальності та життя в цілому.

Зрозуміло, що тоді підхід до пацієнта змінюється, і ми починаємо говорити про полісистемну оцінку та полісистемний, комплексний підхід.

Взаємодія, як і комунікація, у медицині в основному побудована на системі спілкування «людина з людиною», навіть якщо застосовуються дистанційні засоби комунікації. У цій системі лікар, який досягає ефективної комунікації, демонструє свою зацікавленість, емпатію, професіоналізм, формує прихильність та можливості для терапевтичного альянсу, правильного розподілу відповідальності за здоров'я пацієнта, отримує кредит довіри до надійності запропонованих методів та способів лікування. Це також пов'язано з тим, що пацієнту легше відкриватися для розуміння лікарем проблем патогенезу та динаміки його хвороби.

Обоє успішно долають перепони у вигляді приховування зі сторони пацієнта незручних тем (алкоголізм у сім'ї, насильство, небажана вагітність, так звані ганебні хвороби). Подолання приховувань та їх розкриття — це не лише доповнення до розуміння патогенезу, а й позбавлення впливу прихованих емоцій на соматичний та психічний стан пацієнта.

Тому надзвичайно важливо, щоб лікар докладав зусиль для встановлення щирих та довірчих стосунків. Це передбачає також урахування



**Рисунок 1.1**

особливостей характеру пацієнта як до хвороби, так і тих, що виникли в силу хвороби, особливо в хронічних та ускладнених варіантах.

Якщо лікар не має часу на дотримання всіх цих медико-психологічних вимог до його поведінки та взаємодії з пацієнтом, або не розуміє їх значення, або розуміє, але нічого не робить в цьому напрямку, його взаємодія з пацієнтом, зрозуміло, все одно продовжується. Просто пацієнту нікуди подітися — він прийшов за допомогою.

Але доволі скоро пацієнт відчуває формальність таких зустрічей, втрачає інтерес, а то й побоюється їх, формує та передає іншим негативну думку про лікаря, іноді посилюючи її своїми негативними емоціями, недовірям, та свідомо або позасвідомо намагається уникнути такого лікаря. Досить часто пацієнти припиняють лікування, незважаючи на те, що їх неемпатичний та холодний лікар все призначив правильно, орієнтуючись на самі останні рекомендації та клінічні настанови.

Це ситуація, коли лікар, попри всі свої хороші та високопрофесійні знання, так і не зможе їх вміло передати та зробити пацієнта довіреною особою та своїм союзником проти спільного ворога: його хвороби та поганої якості життя.

Тому коли починають говорити про ступінь професійності лікаря, його професійні навички, мабуть, варто спершу розглянути саму сутність цієї діяльності.

Будь-яка праця стає ефективною, якщо індивідуально-особистісні особливості людини збігаються з вимогами, які до неї пред'являє сама професія. Без медичної деонтології, її розуміння та дотримання професійності лікаря не існує, у цьому випадку ми говоримо про просте медичне ремесло та бездуховну технізацію лікувального процесу.

Медична деонтологія — це поєднання певних принципів та стилю поведінки персоналу, який працює в медичній сфері і взаємодіє з пацієнтами, їх родичами, відвідувачами на робочому місці, а також за межами медзакладу, якщо це стосується взаємодії з пацієнтом у лікувальному процесі чи навіть через деякий час після одужання — з колишніми пацієнтами (наприклад, заборона на розголошення лікарської таємниці та подробиць особистого життя, які стали відомими в силу лікувальної взаємодії), це одночасно оцінка та дотримання принципу «не нашкодь» — ні діями, ні словом, ні ставленням.

Медична деонтологія відрізняється від інших видів фахової деонтології. Оскільки у лікувальній взаємодії, як ніде, зосереджені болючі та інтимні переживання пацієнта, інтимні подробиці його особистого життя, прояви його хвороби, фактори, які можуть стати стигматизую-



чими та соціально обмежуваними для нього, та інші важливі моменти його теперішнього та майбутнього життя — медична деонтологія стає в цьому випадку надважливим інструментом взаємодії та досягнення повного взаєморозуміння, відкритості, ширості та ефективної роботи. У медичній деонтології не існує моралізації та психологічної травмизації пацієнта, незважаючи на будь-які його хвороби, навіть такі, які в соціумі вважаються «ганебними» чи «гріховними».

Лікар, який дотримується правил та принципів медичної деонтології, ніколи не осудить та не буде проявляти свого ставлення до пацієнта з позиції свого виховання, релігійності, культурально-ментальних впливів та проживання.

Лікар, який слідує правилам медичної деонтології, завжди дотримується принципів неосудження, прийняття, співчуття та допомоги, незважаючи на жодні культуральні та ментальні правила суспільства.

Цінність життя людини, допомога їй у переборенні хвороби в цьому випадку стає вершиною дій лікаря.

Розуміння медичної деонтології нерозривно пов'язане із загальним розумінням гуманізму ставлення людини до людини та життя за правилами поваги та нешкодження один одному ні діями, ні словами.

Тому медична деонтологія також включає в себе загальні постулати цих правил, а саме: усвідомлення моральності та етики взаємодії з іншими людьми; дії, які відповідають цьому усвідомленню, і, нарешті, зворотний зв'язок або закріплення рефлексією правильності та безальтернативності цих дій, які, у свою чергу, закріплюють та поширюють ідеї деонтології на інші види діяльності людей серед людей, у тому числі на медичну взаємодію. Доволі часто паралельно з розумінням деонтології як взаємодії людей вводять поняття «моральна свідомість» та «самосвідомість».

Можна дискутувати з цього приводу про їх взаємовплив, але однозначно, що моральна свідомість закладається задовго до фахової орієнтації людини та набуття нею професійності і, нарешті, використання цієї професійності.

Тому зрозуміло, що моральна свідомість — це одночасно виховання дитини та її реагування на соціум за межами сім'ї, продукт її взаємовідносин з іншими людьми.

Звичайно, що людина високоморальна, з хорошим розумінням значення своїх моральних властивостей та принципів, при освоєнні професії лікаря автоматично буде включати свою вже закладену моральність в деонтологічну взаємодію з пацієнтом (наприклад, виховану ввічливість, повагу чоловіка до жінки, бажання допомогти немічному

та ін.), і це буде доброю базою для набуття навиків суто фахової деонтологічної поведінки та правил медичної деонтології.

У випадках, коли виникають деонтологічні проблеми, ятрогенії, конфлікти через порушення правил етики та деонтології в медичних закладах, потрібно розуміти, що в цих ситуаціях обов'язково задіяні і моральні принципи всіх сторін. Тому розуміння етико-деонтологічної роботи, навчання, контролю дотримання цих принципів — це одночасно розуміння нових вимог та наукових підходів щодо найбільш ефективної взаємодії у діагностично-лікувально-реабілітаційному процесі.

Сучасна надшвидка технізація, техніка як посередник у комунікації між лікарем та пацієнтом, довіра чи недовіра до закладених у техніку програм та алгоритмів виводять деонтологічні запити на новий рівень.

Навіть фахова самоідентифікація з цієї точки зору набуває нових рис: техніка починає диктувати стиль поведінки з пацієнтом. Лікар віддаляється від пацієнта як у прямому, так і в переносному значенні слова. Іншими словами, задумайтесь над риторичним запитанням: «Чи є високопрофесійним лікар, який чудово освоїв новий суперсучасний діагностичний комплекс, наприклад знаменитий «Да Вінчі», і буде взаємодіяти з пацієнтом лише через монітор та маніпулятори, і більше немає ніяких інших даних про його (лікаря) характеристики?»

Якщо ви відповіли «так», тоді верніться, будь ласка, до розуміння поняття «професійність лікаря».

До речі, моральні взаємодії та етика поведінки — це ще і навчання та самовдосконалення лікарів. Це також їх взаємодія в колективі, а не лише з пацієнтами. Це ефективна командна робота без явищ професійного вигорання та відчуття спустошення і несправедливості та ненависті до власної роботи.

### ***1.1.3. Етико-моральні чинники професійного й особистісного становлення лікаря***

Особистісне зростання студентів до ступеня усвідомлення ними своєї фахової належності до медичної спільноти — однозначно важливий процес та передумова всього подальшого професійного росту, самовдосконалення і, нарешті, розуміння себе в цій професії, отримання задоволення та усвідомлення правильності вибору цього життєвого шляху.

Факторами такого фахового усвідомлення та росту в першу чергу є особистісна зрілість, життєвий досвід, приклади з життя, у тому чис-

лі батьків, коли ми говоримо про фахові династії, навіть захоплення, яке виникло в ще недостатньо зрілому юнацькому віці після читання, а тепер, скоріше, захоплення якимось фільмом, серіалом, розповідями старших, реальні події з врятованим життям у родині або іноді і трагедії в родині, коли дитина вже виробляє у себе мотивацію, наприклад, стати лікарем, щоб перемогти онкологічну патологію, тому що рак вбив її рідну людину. Такі випадки далеко не поодинокі.

Кожний іде в медицину своїм шляхом. І всі вони заслуговують на повагу та розуміння.

У процесі навчання та роботи одразу по завершенні вишу доволі часто молоді люди переживають великі розчарування, коли стикаються з далеко не романтичними сторонами професії: кров, рани, стогони, крики, біль, безпорадність, втрата пацієнтів, безсонні ночі, страх допустити помилку, соціальний пресінг та інші фактори стають великими провокаторами припинення навчання та розгубленості.

Самоідентифікація студента — це інерційне розуміння, що потрібно навчатися (але шкільна система змінюється принципово новими вимогами — не зубріння, а логічні дії в поєдненні з розумінням надскладної роботи людського організму). А ще при цьому всі викладачі твердять про надважливість знань саме їх предмета і що без цих знань не стати лікарем. Молоді люди доволі часто розгублюються. Тому важливо «зачепитися за фах», тобто «зачепитися» за особистості в цьому фаху. Тому ми завжди підтримуємо та вітаємо волонтерство, особливо на старших курсах, у тому чи іншому медзакладі. Саме так пізнається та достойно оцінюється справжня «кухня» медицини.

А ще вітається та заохочується участь у студентських наукових гуртках, де вже збираються однодумці і за межами обов'язкових навчальних програм проводиться цікаве та фахове самовдосконалення та набуття професійності, у тому числі за участі гуру певної професійної орієнтації. Практично всі хороші спеціалісти в медицині у свій час були активними учасниками наукових студентських гуртків і тепер навіть через ностальгію охоче відвідують з виступами подібні студентські зібрання. Ще один дуже хороший шлях у фаховій самоідентифікації — участь у наукових дослідженнях та публікації у фаховій періодиці.

Дещо пізніше, вже з набуттям фахової досконалості і розуміння, що до ідеалу ще далеко, добротним механізмом самовдосконалення стають супервізійні форми взаємодії з досвідченими фахівцями, а також балінтовські групи, які досить популярні в медицині Євросоюзу та Північної Америки.

## 1.2. Правові аспекти в комунікації лікаря і пацієнта

*Хаустова О.О., Сапон Д.М., Клебан К.І.*

Комунікативні аспекти професійної лікарської діяльності підпорядковуються низці законів, постанов, наказів та інших нормативних документів, у яких закріплено коло професійних прав, свобод і пільг медичних працівників.

### **1.2.1. Професійні обов'язки і права медичних працівників**

Основним документом для медичної галузі є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ зі змінами (далі — Основи законодавства про охорону здоров'я). Більшість професійних, у тому числі трудових, прав і пільг медичних працівників наведено в статті 77 Основ законодавства про охорону здоров'я.

Згідно із цією статтею медичні працівники мають право:

- відповідно до спеціальності й кваліфікації займатися медичною і фармацевтичною діяльністю;
- на прийнятні умови професійної діяльності;
- підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;
- вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної і фармацевтичної науки і практики;
- безкоштовне користування соціальною, екологічною і спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;
- обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я;
- соціальну допомогу з боку держави в разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;
- встановлення в державних закладах охорони здоров'я посадових окладів (тарифних ставок) на рівні, не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості;
- скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;
- пільгові умови пенсійного забезпечення;

- пільгове надання житла й забезпечення телефоном;
- безоплатне користування житлом з освітленням і опаленням тим, хто проживає і працює у сільській місцевості й селищах міського типу, а також пенсіонерам, які раніше працювали медичними й фармацевтичними працівниками і проживають у цих населених пунктах, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва приватного житла, придбання автотранспорту в порядку, встановленому законом;
- першочергове одержання медичної допомоги й забезпечення лікарськими та протезними засобами;
- створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;
- судовий захист професійної честі та гідності;
- безоплатне одержання у власність земельної ділянки в межах земельної частки (паю) члена сільськогосподарського підприємства у передбаченому законом порядку;
- додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні для лікарів дільничних лікарень та амбулаторій, розташованих у сільській місцевості, дільничних лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів і дільничних медсестер територіальних дільниць міських поліклінік, лікарів загальної практики (сімейних лікарів), завідувачів терапевтичних і педіатричних відділень поліклінік, лікарів (старших лікарів) і середнього медичного персоналу виїзних станцій і відділень швидкої і невідкладної медичної допомоги, станцій санітарної авіації і відділень планової та екстреної консультативної допомоги — за безперервну роботу на зазначених посадах у зазначених закладах (на територіальних ділянках) понад три роки. При цьому зберігаються права інших категорій медичних працівників на додаткову оплачувану відпустку в межах існуючих норм.

Певні права медичних працівників, пов'язані з їхньою професійною діяльністю, встановлені також іншими статтями Основ законодавства про охорону здоров'я. Так, статтею 34 передбачено, що лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого й здоров'ю населення. Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Відповідно до статті 39 медичні працівники мають право надати пацієнтові неповну інформацію про стан його здоров'я, обмежити

можливість ознайомлення з певними медичними документами, якщо вичерпна інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я, зашкодити процесу лікування.

Медичні працівники також мають право:

— не брати згоду пацієнта або його законних представників на медичне втручання в невідкладних випадках, коли є реальна загроза життю хворого. Якщо пацієнт після інформування лікарем про медичне втручання відмовляється від лікування, лікар має право узяти від нього письмове підтвердження про відмову, а при неможливості його отримання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків (ст. 43).

Обов'язки медичних працівників наведено в статті 78 та окремих положеннях ще кількох статей. До сфери професійної комунікації належать такі:

— поширювати наукові й медичні знання серед населення, пропагувати, у тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя (ст. 78);

— дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю (ст. 78);

— пояснювати пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я (ст. 39).

Згідно зі статтею 40 Основ законодавства про охорону здоров'я медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд і їх результати, інтимну й сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

### ***1.2.2. Конфіденційність інформації і презумпція психічного здоров'я***

Згідно із законом України про психіатричну допомогу кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах і в порядку, передбачених цим законом та іншими законами України.

Лікар має поважати гідність і честь пацієнта, його право на невтручання в особисте життя. З розумінням і терплячістю сприймати хвилювання рідних і близьких пацієнта.

Кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці. Навіть після смерті пацієнта лікар та інші особи, які брали участь у наданні

медичної допомоги, зобов'язані зберігати лікарську таємницю, як і сам факт звернення, якщо ця хвороба не загрожує близьким пацієнта й суспільству або хворий сам не обговорював варіанти розголошення. Таємниця поширюється повністю на всю інформацію, яку збирали спеціалісти під час процесу діагностики й лікування.

Конфіденційна інформація про пацієнта й процес лікування може бути розголошена:

- у випадку письмової згоди самого пацієнта;
- у разі мотивованої вимоги органів дізнання, слідства, прокуратури й суду, санепідслужби;
- якщо зберігання таємниці загрожує здоров'ю і життю пацієнта і/або інших осіб (певні інфекційні захворювання);
- у випадку зміни пацієнтом лікувального закладу і залучення до лікування інших лікарів, для яких ця інформація є професійно важливою.

Особи, які (крім лікаря) мають право доступу до медичної інформації, зобов'язані зберігати в таємниці всю отриману про пацієнта інформацію і мають бути проінформовані лікарем про відповідальність, пов'язану з її розголошенням.

### ***1.2.3. Забезпечення прав пацієнтів при наданні психіатричної допомоги***

**Стаття 27.** Професійні права, обов'язки та пільги лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади *{Назва статті 27 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2205-VIII (2205-19) від 14.11.2017}*

Професійні права, обов'язки лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, при наданні психіатричної допомоги встановлюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, цим Законом та іншими законами. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановлені законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та зі шкідливими і небезпечними умовами праці.

Виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів є встановлення діагнозу психічного розладу, прийняття рішення про необхідність надання психіатричної допомоги в примусовому

порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку.

При наданні психіатричної допомоги лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів незалежні у своїх рішеннях і керуються лише медичними показаннями, своїми професійними знаннями, медичною етикою та законом.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів несуть відповідальність за прийняті ними рішення відповідно до закону.

Рішення, прийняте лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів при наданні психіатричної допомоги, викладається у письмовій формі та підписується лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги в разі відсутності підстав для її надання. Відмова в наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксується у медичній документації за підписом особи чи її законного представника та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону тощо.

#### ***1.2.4. Послідовність дій при порушенні прав***

У випадку порушення загальнолюдських або професійних прав кожна особа має право відновити їх законним шляхом. Перш за все, перед тим як вчиняти будь-які дії, доречно буде проконсультуватись з юристом щодо порушень і механізмів захисту.

Коли з відстоюванням трудових прав усе більш-менш зрозуміло, то з покаранням порушників загальнолюдських прав і тих, хто посягає на ділову репутацію, набагато складніше. Тут необхідно діяти негайно, бо інакше довести факт протиправних дій буде складно. Якщо пацієнт або його представник під час розмови підвищує голос, відверто вас ображає, застосовує нецензурні вислови та погрози, важливо пам'ятати, що в цьому випадку в жодному разі не можна підвищувати голос у відповідь, слід впевнено й чітко наголосити, що ви виконуєте покладені на вас обов'язки. До низки цих обов'язків не входить участь у конфліктах і вислуховування особистісних образ. Якщо в пацієнта ще будуть якісь претензії щодо медичних послуг або самого лікарського закладу, запропонуйте письмово звернутися до керівництва.

Якщо ж образи й надалі не припиняються, варто запросити двох свідків і в їх присутності наголосити пацієнтові, що він зазіхає на ваші професійні й загальнолюдські права, також попросити свідків у при-



сутності пацієнта підписати скаргу на нього і службову записку, яку потрібно буде подати керівнику ЛПУ. Склавши службову записку, скаргу й отримавши підписи свідків, ви маєте змогу звернутися до суду. У позовах не забувайте зазначати розмір матеріального еквіваленту завданої вам моральної шкоди.

Наведемо всі можливі інстанції, до яких можна звернутися по допомогу в разі порушення прав:

- керівник лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ);
- комітет профспілок;
- приватні правозахисні організації;
- управління охорони здоров'я (УОЗ);
- Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ);
- органи прокуратури;
- суд, апеляційний і Верховний суд України (поетапно);
- уповноважений Верховної Ради України з прав людини;
- Європейський суд з прав людини.

### 1.3. Комунікативна компетентність лікаря

*Хаустова О.О., Науменко Г.М.*

На сучасному етапі розвитку медицини, коли досягнення науки рік від року розширюють діагностичний і терапевтичний інструментарій лікаря, надзвичайно актуально звучать слова великого психіатра минулого сторіччя Карла Ясперса, який бачив дві основи лікарської діяльності — природознавчі досягнення з їх практичним використанням і етику людяності. Саме професійна, якісна побудова комунікацій за осями «лікар — пацієнт», «лікар — лікар», «лікар — медична сестра» була, є і, мабуть, завжди залишиться однією з найважливіших складових лікувально-діагностичного процесу. Навчання специфічних особливостей комунікацій у медичній практиці починається ще зі студентської лави, і саме на цьому етапі повинен бути закладений їх основний фундамент.

#### ***1.3.1. Основні вимоги до комунікативної компетентності лікаря***

Компетентності, які студент отримує під час навчання у вищому навчальному закладі, інтерпретуються як комплексний термін, що може бути використаний для опису як академічних, так і професійних можливостей.

Саме компетентності є основою діяльності фахівця, опанування їх ґрунтується на етапах діяльності особистості, які були описані Ю.Г. Фокіним: *усвідомлення потреб; формування мотиву; вибір способу здійснення діяльності; планування діяльності; реєстр дій; здійснення дій.*

При цьому усвідомлення потреб і формування мотивів вимагають від студента певної ерудиції, яка дає можливість обирати те, що, на його думку, може задовольнити потребу в тих чи інших компетентностях. Це процес, що включає використання особистісних ціннісних орієнтацій і соціальних уявлень про дозволене, протизаконне й аморальне. Обов'язковими складовими компетентності виступають:

- позитивна мотивація до прояву компетентності;
- ціннісно-змістовні уявлення щодо змісту й результату діяльності;
- знання, що лежать в основі вибору засобів здійснення професійної діяльності;
- уміння і досвід успішного здійснення необхідних дій на ґрунті отриманих знань.

То що ж таке комунікативна компетентність лікаря? Це вміння, яке починає розвиватися ще в процесі навчання в медичному вузі й продовжує формуватися під час самостійного спілкування лікаря з пацієнтами, особами, різними за темпераментом, характером, віком, рівнем освіти тощо.

Було проведено багато досліджень для визначення так званого ідеального лікаря. Даний образ для більшості опитаних пацієнтів включав такі характеристики, як: розум, уважність і повага до пацієнта, любов до своєї професії, терплячість, доброта, душевність і добре почуття гумору, тобто перевага надавалася комунікативно значимим рисам. Досліджувані найчастіше обирали два типи спеціалістів:

- «співчутливий лікар» — характеризувався добротою, терплячістю, душевністю й чуйністю;
- «нейтральний лікар» — уважний, тактовний, серйозний, з розвиненим почуттям обов'язку.

**Комунікативна компетентність** — це не просто комплекс специфічних психологічних знань, це перш за все сформованість навичок встановлення контакту, слухання, розуміння й використання невербальних складових спілкування, структурування бесіди й можливості спрямування її в необхідному руслі, формулювання запитань і вмиле їх комбінування. Важливими складовими комунікативної компетентності є також контроль лікаря за проявами особистих емоцій і поведінки в цілому, комунікативна толерантність до стилю спілкування й реакцій хворого.

Комунікативна компетентність лікаря забезпечує взаєморозуміння, довіру в спілкуванні з хворим, допомагає ефективно збирати скарги, анамнез і формувати повне й неупереджене уявлення про пацієнта.

Комунікативна компетенція лікаря включає в себе як соціальні, так і особисті компетенції. Так, до соціальних можна віднести: вміння правильно розмовляти з пацієнтами та їхніми родинами; вміння мотивувати хворого до лікування; дотримання прав пацієнтів; повага до своїх колег; відкритість при обговоренні складних і суперечливих випадків.

Щодо особистих компетенцій, то сюди можна віднести: здатність брати на себе відповідальність, аналізувати свої дії та емоції, потребу саморозвитку.

Виділяють декілька найбільш важливих загальних комунікативних навичок:

- навички правильного сприйняття й розуміння людини;
- уміння слухати й адекватно розуміти мовлення пацієнта;
- уміння чітко сформулювати й доступно донести до особи ту чи іншу інформацію;
- добре володіння власними мімікою, пантомімікою та інтонацією для адекватного емоційного реагування на співрозмовника;
- вміння контролювати хід бесіди й впливати на нього.

Існує низка психологічних особливостей, що заважають лікареві здійснювати ефективну комунікацію.

Насамперед це сенситивність до відкидання: висока чутливість до негативного ставлення з боку хворого примушує лікаря сумніватися у своїй професійній компетентності, що, у свою чергу, може вплинути на якість лікувальної роботи.

Наступною психологічною особливістю лікаря, що ускладнює побудову терапевтичного альянсу, є важлива характеристика, введена в психологічний лексикон ще Карлом Юнгом — інтровертність лікаря, тобто спрямованість його на себе, на свої суб'єктивні відчуття, переживання, поняття.

Інтроверт завжди орієнтується на свої особисті цінності, переконання, моральні й етичні уявлення. Такій особистості, як правило, бракує інтуїції, чуйності й тактовності в міжособистісних взаєминах.

І наостанок слід приділити особливу увагу емоційній складовій комунікативної компетентності лікаря. Це в першу чергу ступінь емоційного контакту лікаря з хворим, його вміння дозовано й вчасно використовувати емпатійні прояви, а також уміння добре приховувати відчуття своєї відповідальності, тривоги й невпевненості в складних ситуаціях.

Згідно з вимогами Стандарту вищої освіти України дисципліна «Комунікативні навички лікаря» забезпечує набуття студентами таких фахових компетентностей:

1. Здатність до професійного мислення на підставі аналізу й синтезу медико-психологічних знань і розуміння комунікативно-психологічних навиків.

2. Здатність застосовувати набуті знання в практичних ситуаціях, визначених особливостями галузі знань «Охорона здоров'я».

3. Здатність встановити, підтримувати й модифікувати (відповідно до лікувальних завдань) психологічний контакт з пацієнтом.

4. Здатність враховувати гендерні й вікові особливості пацієнта при обранні засобів і методів професійної комунікації.

5. Здатність до практичного використання комунікативних навиків і психологічних компетенцій у роботі лікаря з урахуванням гуманістичної складової, історичної спадщини й новітніх досягнень у галузі медицини.

6. Здатність до адекватної оцінки впливу соціально-економічних і системо-ціннісних детермінант на процес лікувально-діагностичної взаємодії з урахуванням актуальної ситуації у світовій медичній практиці та в Україні.

### ***1.3.2. Психологічні характеристики, що впливають на формування комунікативної компетенції лікаря***

Існує кілька важливих психологічних характеристик, що впливають на формування комунікативної компетенції лікаря, а саме: *афіліація, емоційна стабільність, емпатія, комунікативна толерантність, чутливість до неприйняття*.

**Афіліація** (від англ. affiliation — зв'язок, з'єднання) — бажання бути в товаристві інших людей, потреба особи в створенні теплих, емоційно значимих стосунків з іншими людьми. Доведено, що в стресових ситуаціях і станах тривоги виникає потреба в інших людях, сама присутність рідних і близьких значно знижує інтенсивність негативно заряджених емоційних переживань. Тобто метою афіліації є прийняття, відчуття бажаності себе в контакті, симпатія і дружня підтримка.

Мотив афіліації тісно пов'язаний з батьківською моделлю виховання. Так, при довірливому стилі виховання формується особистість соціально активна й смілива, відкрита, з потребою в спілкуванні емоційно-довірливого характеру. Протилежністю мотиву афіліації є страх неприйняття значимими людьми, що виражається в невпевненості, тривожності, напруженості й самотності при спілкуванні з іншими людьми.

При досягненні бажаної мети відзначають багато вербальних і невербальних способів поведінки, так, наприклад: контакт відбувається легко, невимушено, спостерігається багато позитивних висловлювань у спілкуванні, велика частота стверджувальних кивків головою, приязний вираз обличчя тощо. І навпаки, при невпевненості в прийнятті (страх неприйняття) бесіда перебігає напружено, невпевнено, пози закриті, тривалість зорового контакту мінімальна.

Отже, афіліативна взаємодія в комунікації виявляється поєднанням поведінкових реакцій з розвитком і підтримкою міжособистісних стосунків для встановлення достатньо близьких взаємин, що будуть базуватися на взаємній повазі й довірі.

**Емоційна стабільність** — здатність людини протистояти несприятливим факторам, долаючи стани емоційного збудження, швидко повертатися до стану душевної рівноваги після стресових ситуацій або ж можливість адаптуватися до певної ситуації, зберігаючи спокій і впевненість у собі.

До основних параметрів емоційної стабільності можна віднести: когнітивний або змістовний (відображення об'єкта емоцій); якісний (знак, модальність емоцій); формально динамічний (час та інтенсивність переживань); експресивний (поведінковий прояв емоцій).

Крім емоційних параметрів, значний вплив на формування емоційної стабільності має рівень культури індивідуума, вміння чітко визначати життєві пріоритети й здатність регулювати свій психофізичний стан.

У роботі лікаря емоційна стабільність, доброзичливе ставлення й урівноваженість допомагають заспокоїти пацієнта, знизити рівень тривоги, а також сприяють встановленню довіри між пацієнтом і фахівцем.

**Емпатія** (від грец. *em* — всередині, *pathos* — почуття) — вміння зрозуміти душевний стан, переживання іншої людини, реагувати на її психологічний стан, тобто вміння прийняти на себе роль іншої особи з розумінням її психологічного настрою, душевних страждань та емоцій і водночас — усвідомлення відмінності й індивідуальності. У психології емпатія розглядається як єдність емоційних, когнітивних і вольових процесів. Серед видів емпатії виділяють:

— **емпатію емоційну** — реакції афективного типу, засновані на механізмах проєкції і наслідування моторних і афективних реакцій іншого; готовність відгукнутися на почуття й душевні хвилювання;

— **емпатію когнітивну**, що ґрунтується на інтелектуальних процесах: здатності інтенсивно проаналізувати інформацію про співроз-

мовника, готовності зрозуміти й прийняти його точку зору, а також здатності передбачити його психологічні реакції в конкретних ситуаціях;

— **емпатію поведінкову** — реакція вольового типу, що виражається в мотивації до альтруїстичної поведінки на користь іншої людини, спрямованої на покращання її емоційного стану.

Проявами емпатії є: терпимість до вираження емоцій іншими людьми, намагання зрозуміти внутрішній світ співрозмовника і його переживання, готовність адаптувати своє сприйняття конкретної ситуації до сприйняття її іншою людиною для кращого розуміння того, що з нею відбувається. Тому вважають, що емпатія є одним з найважливіших чинників формування поведінки допомоги, а відсутність емпатії або її низький рівень у свою чергу свідчать про байдужість людини, її емоційну черствість і холодність.

**Комунікативна толерантність** (від лат. *tolerantia* — терпіння) — терплячість, поблажливість, милосивість, терпимість, ліберальність. У загальному розумінні слова — ослаблення чи відсутність реакції на якийсь несприятливий чинник унаслідок зниження чутливості до його впливу.

Дана психологічна характеристика показує, наскільки людина здатна витримувати без агресії суб'єктивно небажані й неприйнятні для неї індивідуальні особливості іншої особи, її негативні риси, звички, почуття, особливості поведінки й способу життя.

У рамках професійної діяльності лікаря дана характеристика допомагає прийняти особливості пацієнта нейтрально, безоцінно, запобігти конфліктним ситуаціям, уникнути виникнення неформальних взаємин тощо. Тобто дає можливість психологічно правильно будувати взаємини з хворим у структурі «лікар — пацієнт» і в процесі даних взаємин залишатися в межах професійної ролі.

**Чутливість до неприйняття** — здатність сприймати негативне ставлення оточуючих (пацієнтів) як своєрідний зворотний зв'язок, який допомагає вчасно корегувати свої дії і поведінку у взаєминах «лікар — пацієнт». Дана психологічна характеристика не повинна бути надто високою, тому що вона буде сприяти падінню самооцінки лікаря, призводячи до сумнівів у професійній компетенції, послаблюючи адаптивні й компенсаторні можливості фахівця.

### ***1.3.3. Ефективна комунікація***

З метою здійснення ефективної комунікації з пацієнтами й близькими родичами хворого медичним фахівцем варто знати кілька кри-

теріїв комунікації, а саме: внутрішня готовність до спілкування; доброзичливість; професіоналізм; знання поточної ситуації; готовність відповісти на запитання; відкритість; довіра до співрозмовника, поважне ставлення до його думки і вчинків; увага до питань, прохань і побажань.

Моделі взаємодії системи «лікар — пацієнт»:

— патерналістська (сакральна) — ставлення до пацієнта як до дитини;

— технічно-інженерна — хвороба як поламка біологічного механізму;

— колегіально-дорадча — пацієнт стає учасником власного лікування, але є проблема його фаховості;

— контрактно-інформаційна — лікар максимально інформує і тим самим уникає неоправданих очікувань з боку пацієнта, а пацієнт співпрацює в реальному, а не нафантазованому світі.

Для побудови ефективної комунікації важливо знати й дотримуватися деяких загальних порад:

— спілкування неможливе без встановлення контакту зі співрозмовником. Для цього продемонструйте співрозмовнику зацікавленість і готовність до розмови виразом обличчя й положенням тіла;

— слухайте активно: подавайте співрозмовнику сигнали, що ви слухаєте його уважно й намагаєтесь зрозуміти. Для цього час від часу повторюйте своїми словами найбільш важливі висловлювання співрозмовника. Робіть це з позитивною або питальною інтонацією, робіть короткі зауваження, такі як «розумію», «так», «цікаво», «чудово»;

— будьте спостережливими, уважно стежте за емоціями, настроєм співрозмовника;

— не переривайте співрозмовника, дайте йому можливість висловити свою думку до кінця. Саме думку, а не фразу чи пропозицію;

— щоб співрозмовник правильно зрозумів вашу основну думку, не захоплюйтеся загальними словами або занадто довгими фразами. Чим конкретніше буде висловлена ідея, тим простіше іншій людині зрозуміти її;

— говоріть достатньо голосно й чітко (це додає вашому мовленню впевненості);

— під час розмови підтримуйте зоровий контакт зі співрозмовником, використовуйте адекватні невербальні сигнали, які можуть сказати співрозмовнику більше, ніж слова (жести, рухи, міміка тощо).

## 1.4. Комунікативні навички як частина об'єктивного структурованого клінічного іспиту

*Омелянович В.Ю., Хаустова О.О., Чабан О.С.*

### *1.4.1. Еволюція оцінювання клінічної компетенції лікаря*

У 1975 р. Рональдом Харденом уперше було застосовано оцінювання клінічної компетенції лікаря за методом **об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ)** (рис. 1.2). Зараз даний іспит широко використовується в багатьох країнах світу. Так, наприклад, модель ОСКІ використовують для оцінювання випускників, які бажають отримати ліцензію або ж сертифікат для практичної діяльності у Великій Британії (2-га частина іспиту PLAB), Канаді (Кваліфікаційний іспит II Медичної ради), США (Іспит для отримання медичної ліцензії — USMLE).

Сам Рональд Харден дає таке визначення даному методу: «підхід до оцінки клінічної або професійної компетенції, при якому оцінка компонентів компетентності здійснюється планомірно й структуровано, з наданням особливої уваги об'єктивності оцінки».

При проведенні ОСКІ використовуються різні тренажери й стимулятори, стандартизовані або ж реальні пацієнти на спеціально оснащених станціях, на яких студенти будуть демонструвати свої лікувально-діагностичні навички.

Мета даного іспиту полягає в оцінюванні професійних компетенцій майбутніх лікарів, таких як:

— комунікативні навички (збір анамнезу, повідомлення поганих новин, вирішення конфліктних ситуацій, подолання проблем, пов'язаних з психологічними особливостями пацієнта, які роблять його умовно «психологічно проблемним або тяжким», для встановлення ефективного терапевтичного альянсу тощо), включно з дотриманням етичних і деонтологічних норм і стандартів;

— технічні навички, завданням яких є клінічний огляд пацієнта, процес призначення обстежень з інтерпретацією даних, а також подальше призначення лікування і правильне ведення медичної документації.

Отже, ОСКІ дозволяє оцінити рівень клінічних навичок і здібностей молодих лікарів при самостійному проведенні всього лікувального процесу від моменту зустрічі з пацієнтом до призначення лікування з виконанням технік інвазивних втручань.



**Рисунок 1.2**

### **1.4.2. Тестування потреби в комунікативних навичках**

Безумовно, процес опанування комунікативних навичок передбачає не тільки надання студентам необхідної інформації, оцінювання засвоєння ними навчальної програми, але й зворотний зв'язок, що забезпечує розуміння викладачем ступеня зацікавленості студентів в опануванні професійних комунікативних навичок. Саме вивчення цієї зацікавленості допомагає своєчасно стимулювати цей інтерес, підвищувати його шляхом змін структури й формату навчальних занять.

Для оцінювання ставлення студентів до вивчення комунікативних навичок існує досить ефективний і затребуваний інструмент — опитувальник Communication Skills Attitude Scale (CSAS) — «Шкала ставлення до комунікативних навичок», розроблений у Психіатричній лабораторії Ноттінгемського університету Королівського медичного центру (Велика Британія) Charlotte Rees, Charlotte Sheard, Susie Davies (Division of Psychiatry, University of Nottingham, Queen's Medical Centre, UK).

Опитувальник складається з 26 тверджень, з яких перші 12 написані у формі позитивних тверджень (становлять 1-шу субшкалу), а інші 14 — у формі негативних тверджень щодо навичок спілкування (становлять 2-гу субшкалу). Субшкала позитивного ставлення складається з тверджень, що відображають розуміння студентом необхідності оволодіння комунікативними навичками спілкування, їх важливості в практичній діяльності лікаря й зацікавленості в самому процесі навчання ефективних засобів комунікації. Субшкала негативного ставлення, навпаки, відображає небажання оволодіти комунікативними навичками й нерозуміння їх важливості в професійній діяльності лікаря.

Ставлення респондента до кожного твердження може бути оцінене за п'ятибальною шкалою Лайкерта — від 1 (абсолютно не погоджуюсь) до 5 (цілковито погоджуюсь).

З моменту створення цієї методики у 2002 році її адаптацію для подальшого використання в інших країнах проводили науково-педагогічні працівники багатьох вищих навчальних закладів світу. Так, адаптацію методики для вивчення ставлення до комунікативних навичок студентів стоматологічних факультетів у 2012 році проводили працівники Говардського університету (Washington, USA) Brian Laurence, Elizabeth M. Bertera, Tawana Feimster, Roberta Hollander і Carolyn Stroman; у 2011 році працівники Школи медицини Університету Автономії Барселона (Barcelona, Spain) B. Molinuevo і R. Torrubia вивчали ефективність використання CSAS для обстеження студентів Південної Європи; у 2015 році працівники кафедри психічного здоров'я Лейпцігської лабораторії медичної психології і медичної соціології (Leipzig, Germany) Anne-Kathrin Busch, Katrin Rockenbauch, Gabriele Schmutzer і Elmar Brähler досліджували результативність використання німецької адаптації методики CSAS.

Уперше в Україні переклад українською і процедуру адаптації українського варіанта методики Communication Skills Attitude Scale для її подальшого використання при оцінюванні ставлення студентів вищих медичних навчальних закладів до вивчення дисципліни «Комунікативні навички лікаря» було здійснено колективом працівників кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на чолі із завідувачем кафедри, професором О.С. Чабаном.

Методика Communication Skills Attitude Scale була перекладена українською, а в процесі адаптації за результатами підрахунку її психометричних характеристик 13-те і 16-те твердження оригінальної методики були виключені з опитувальника, 22-ге твердження перенесене із субшкали позитивного ставлення до субшкали негативного ставлення до вивчення комунікативних навичок. Отже, українська адаптована методика «Шкали ставлення до вивчення комунікативних навичок» (CSAS-U) складається з 24 тверджень, що створюють дві рівнозначні субшкали — субшкалу позитивного ставлення (СПС) і субшкалу негативного ставлення (СНС), кожна з яких містить 12 тверджень. Показники субшкали СПС можуть коливатися в діапазоні від 12 до 60 балів, а субшкали СНС — від -12 до -60 балів. Підсумковим результатом оцінювання ставлення до вивчення комунікативних навичок є різниця між показниками субшкал СПС і СНС, що може коливатися в діапазоні від 48 до -48 балів.

### ***1.4.3. Критерії оцінювання якості професійної комунікації лікаря***

Оцінювання володіння навичками комунікації лікаря може проводитись **у трьох напрямках**: *комунікація з пацієнтами, з їх близькими та з медичними працівниками (за осями «лікар — лікар», «лікар — середній (молодший) медичний персонал», «лікар — адміністративні працівники медичних закладів»)*. Якщо перші два напрямки традиційно належать до кола питань медичної психології, то останній розглядається не тільки в межах цієї галузі знань, але ще й з позицій психології управління, конфліктології і гігієни праці.

Найбільш важливими, безперечно, є навички комунікації з пацієнтами, і саме оцінюванню цих навичок має приділятися максимальна увага. Оцінювання особливостей комунікації за кордоном останніми десятиріччями проводиться з використанням стандартизованих шкал, які можна розподілити на дві групи:

— *шкали, що заповнюються за результатами безпосереднього спостереження або за результатом перегляду відеозапису спілкування лікаря з пацієнтом супервізором, у ролі якого може виступати представник адміністрації лікувального закладу чи член екзаменаційної комісії при атестації за відповідною кваліфікацією;*

— *шкали для оцінювання комунікативних здібностей лікаря, для заповнення яких залучаються пацієнти.*

Указані види оцінювальних шкал також активно використовуються протягом навчання студентів медичних факультетів в університетах і в структурі екзаменаційного контролю.

З метою підвищення якості спілкування з пацієнтами шляхом фіксації уваги на ключових комунікативних аспектах, які підлягають оцінюванню, і для використання на практичних заняттях курсу «Комунікативні навички лікаря» пропонуємо розглянути наступні оцінювальні шкали.

***Шкали для оцінювання комунікативних навичок лікаря експертом (супервізором)***. Згідно з даними, наведеними С.А. Barry (2000), у Сполучених Штатах Америки лише 11 % пацієнтів під час спілкування з лікарем змогли повідомити йому все, що хотіли розповісти про побічні ефекти лікування, появу нових симптомів і недотримання лікувальних рекомендацій. D.H. Fernald (2004) під час аналізу 608 лікарських помилок виявив, що в 70,8 % випадків їх причиною стали саме проблеми в спілкуванні лікаря й пацієнта.

На сучасному етапі розвитку медичної науки для визначення стилю спілкування лікаря з пацієнтом використовується класифікація, запропонована британськими вченими Р. Вугне і В. Long ще в 1976 році, згідно з якою поведінка лікаря розглядається відповідно до об'єкта,

який перебуває в центрі його уваги, — лікар-центрована позиція і пацієнт-центрована позиція.

Для лікар-центрованої позиції характерним є те, що лікар свідомо ігнорує висновки й досвід пацієнта, спираючись тільки на свій досвід і знання. Спілкування лікарів, що стоять на такій патерналістській позиції, характеризується отриманням інформації з використанням переважно прямих, закритих запитань і наданням рекомендацій пацієнтові без урахування його думки й побажань.

Лікарі, які дотримуються пацієнт-центрованої позиції, активно з'ясовують істинну причину звернення по медичну допомогу, намагаються зрозуміти особливості сприйняття пацієнтом його хвороби, його розуміння причин і механізмів її виникнення, емоційне забарвлення хвороби й особливості очікувань хворого, пов'язаних з відвідуванням лікаря. Така позиція не ігнорує психологічні й соціальні складові особистості пацієнта, аспекти його особистого життя і зміни, які вносить у нього хвороба. Це дійсно партнерська позиція, яка дає можливість знайти спільну основу для визначення пріоритетів, цілей лікування, шляхів подолання проблем, ролей у цьому лікаря й пацієнта, залучення для надання допомоги хворому його родичів і друзів, тобто формування особливого союзу, що має назву «терапевтичний альянс».

Відповідно до сучасних даних лікарі, які практикують пацієнт-центровану позицію, значно скорочують витрати пацієнтів на діагностичні процедури без погіршення якості діагностики (Epstein R.M. et al., 2005), рідше необгрунтовано призначають антибактеріальну терапію (Welschen I., 2004) і досягають значно кращих результатів лікування на когнітивному, емоційному та оціночному рівнях (Mast M., 2005).

Зрозуміло, що формування ефективної комунікативної позиції лікаря і стимулювання його до її використання неможливе без проведення експертних перевірок комунікативних компетентностей. Без перебільшення можна сказати, що використання шкал для оцінювання комунікативних навичок лікарів супервізором на даний час є єдиним засобом об'єктивізації контролю як під час практичних занять чи іспитів у вищих навчальних медичних закладах, так і в клініці при проведенні поточного контролю адміністрацією лікувальних закладів, при розгляді конфліктних ситуацій і при атестації (ліцензуванні) практикуючих лікарів. Заповнення цих шкал супервізором можливе як під час безпосередньої присутності його при проведенні огляду пацієнта лікарем, так і шляхом перегляду аудіо-/відеозапису спілкування.

Такі шкали вперше почали розроблятися та використовуватись у Великій Британії та Сполучених Штатах Америки ще в 90-х роках

минулого сторіччя, а на початку XXI сторіччя адаптовані варіанти цих шкал вже використовувались у багатьох розвинутих країнах Західної Європи, в Австралії, Новій Зеландії і навіть Китаї. Інтеграція нашої країни у світову спільноту, реформування медичної допомоги відповідно до сучасних європейських стандартів вимагає якнайшвидшого подолання відставання і в такому, безперечно, важливому питанні, як об'єктивне оцінювання комунікативних здібностей лікаря.

Основною шкалою, що використовується в медуніверситетах України, є **шкала контролю елементів комунікації Каламазу — *Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (KEECC)***.

Шкала була утворена з урахуванням пропозицій провідних авторів основних теоретичних моделей комунікації між лікарем і пацієнтом з 21 великого медичного університету і клінік у м. Каламазу (США, штат Мічиган) у травні 1999 р. на спільній конференції «Комунікація лікаря та пацієнта в медичній освіті» Інституту зв'язків з питань охорони здоров'я Байра та Інституту Фетцера (Bayer Institute for Health Care Communication and the Fetzer Institute Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education). Ця конференція і її рішення стали початком цілеспрямованого навчання комунікативних навичок студентів-медиків та оцінювання комунікативної компетентності лікарів. Учасники конференції зосередили свою увагу на виділенні узгодженого набору найважливіших елементів комунікації лікаря й пацієнта, результатом чого стало формулювання *семи основних складових комунікації* (завдання комунікації):

- 1) побудова взаємин між лікарем і пацієнтом;
- 2) відкритість у спілкуванні з пацієнтом;
- 3) збирання клінічно-значущої інформації;
- 4) розуміння перспектив пацієнта;
- 5) обмін інформацією з пацієнтом;
- 6) досягнення згоди щодо виявлених проблем і планів їх подолання;
- 7) завершення спілкування.

Саме на цих семи складових і була утворена шкала КЕЕСС. Шкала дозволяє оцінити комунікацію лікаря чи студента за наступними складовими:

**А. Побудова взаємин**, що включає привітання пацієнта і прояв до нього цікавості як до людини, використання слів, які зазвичай сприймаються як прояв турботи, використання тону, темпу, зорового контакту й постави тіла, які виявляють турботу.

**В. Початок співбесіди**, що включає надання можливості пацієнтові на початку співбесіди повністю висловитися, не перериваючи його, використання запитань «Чи турбує вас щось ще?» для того, щоб ви-

явити повний набір скарг, пояснення й обговорення плану подальших дій під час огляду.

С. *Збирання інформації* про анамнез із використанням відкритих запитань («Розкажіть мені про...» і подібні), з'ясування деталей з використанням за необхідності закритих запитань (з відповідями «так» чи «ні»), узагальнення інформації і надання можливості пацієнтові виправити її чи доповнити, ефективні переходи до додаткових запитань.

Д. *Розуміння можливих перспектив пацієнта*, що включає запитання про життєві події, обставини, про інших людей, які можуть впливати на стан здоров'я, формування переконання пацієнта щодо можливих проблем і очікувань відносно захворювання і його лікування, уважне вислуховування йчасне реагування на заяви пацієнта щодо його думок і відчуттів.

Е. *Закінчення співбесіди* запитаннями про те, чи є в пацієнта запитання, ще якісь скарги й проблеми, і висловленням вдячності пацієнтові наприкінці спілкування.

Разом з тим механізм оцінювання запропонованих складових комунікації був досить простим (дихотомічна шкала з відповідями «так» або «ні»), і у 2009 р. колектив авторів з Відділу педіатричної невідкладної допомоги Луїсвільського університету (США, штат Кентуккі) доповнили КЕЕСС шкалою Лайкерта, що давала можливість обирати одну з п'яти оцінок досконалості комунікативних навичок: погано, середньо, добре, дуже добре, відмінно. У результаті можливо як провести оцінювання навичок студента (лікаря) за кожною з комунікативних складових (від 1 до 5 балів), так і оцінити загальну комунікативну компетентність — від 24 балів (мінімум) до 120 балів (максимум).

Існує декілька додаткових оціночних інструментів щодо комунікативних навичок лікаря або студента з позиції супервізора.

Як додатковий елемент оцінювання навичок збирання анамнестичних даних можливо використовувати *шкалу оцінювання значущих елементів опитування пацієнтів — Essential Elements Patient Interviewing Checklist (EEPIC)*, що дозволяє оцінити комунікацію лікаря чи студента за трьома складовими:

А. Збирання анамнезу захворювання, включно з детальною інформацією про попередні епізоди амбулаторного й стаціонарного лікування, інформацією про ліки, які приймав хворий (за якими показаннями, у яких дозуваннях), алергічні реакції, вживання наркотиків.

В. Збирання сімейного анамнезу, включно із з'ясуванням, від яких захворювань страждали родичі (батьки, брати, сестри), окремі запитання пацієнтові, чи були в нього випадки захворювань на хвороби, які успадковуються.

С. Збирання соціального анамнезу, включно із з'ясуванням, хто мешкає разом з пацієнтом, можливі джерела підтримки хворого, що важливо для пацієнта, як пацієнт проводить більшу частину часу (робота, навчання, хобі тощо), а також чи ставить лікар конкретні запитання щодо способу життя і факторів, які впливають на стан здоров'я (наприклад, дієта, вживання алкоголю, тютюну та інших психоактивних речовин, сексуальні контакти).

Оцінювання навичок збирання анамнестичних відомостей так само, як і при оцінюванні результатів шкали КЕЕСС, здійснюється шляхом обрання одного з п'яти варіантів оцінки: погано, посередньо, добре, дуже добре, відмінно. У результаті можливо як провести оцінювання навичок студента (лікаря) за кожною зі складових збирання анамнезу (від 1 до 3 балів), так і оцінити загальну комунікативну компетентність — від 9 балів (мінімум) до 37 балів (максимум).

**Шкала оцінювання комунікативних навичок RANZCOG — Assessment and Feedback of Communication Skills RANZCOG** — була розроблена у 2001 р. і запатентована для контролю за опануванням комунікативних навичок студентами медичних факультетів і лікарями Королівським Австралійським і Новозеландським коледжем акушерства і гінекології (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists — RANZCOG) як подальша адаптація шкали Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist.

У результаті проведення оцінювання навичок студента (лікаря) з використанням цієї шкали можна як зробити висновок за кожною з комунікативних складових (від 1 до 5 балів), так і оцінити загальну комунікативну компетентність — від 15 балів (мінімум) до 75 балів (максимум).

**Методика для оцінювання відеозаписів консультацій лікарів — Instrument for assessing videotapes of doctors' performance in consultation.** У 1993 р. науковці Університету Ньюкасл-апон-Тайн (Велика Британія) Tyne Jim Cox і Dundee Helen Mulholland розробили методику, що дозволяла оцінити комунікативні компетентності студентів і лікарів за 37 комунікативними складовими з використанням 5-бальної шкали Лайкерта і, крім того, включала варіант відмови від відповіді у випадках, коли відеозапис не давав для цього достатньої інформації, але автори зазначають, що при використанні даної методики при безпосередньому спостереженні за проведенням огляду пацієнта використовувати цей додатковий варіант (відмову від оцінювання) не бажано.

У результаті використання «Методики для оцінювання відеозаписів консультацій лікарів» можливо як провести оцінювання навичок студента (лікаря) за кожною з комунікативних складових (від 1 до 5 балів),



так і оцінити загальну комунікативну компетентність — від 37 балів (мінімум) до 185 балів (максимум).

**Шкали для оцінювання комунікативних навичок лікаря і загально-го задоволення медичною допомогою пацієнтів.** Важливою складовою оцінювання комунікативної компетентності лікаря, безперечно, є вивчення задоволеності спілкуванням з ним самих пацієнтів. Незважаючи на деякий суб'єктивізм такого оцінювання, саме воно є тим зворотним зв'язком, що дає можливість зрозуміти, які недоліки в роботі лікаря стають перепонами на шляху створення терапевтичного альянсу. Такими перепонами можуть виступати не тільки помилки в комунікації, які припускає лікар, ними можуть бути і фактори, які залежать не від нього, а від роботи адміністрації лікарні, соціальних і економічних чинників. Саме на виявлення цих факторів і спрямовані шкали, що були розроблені для оцінювання комунікативних навичок лікаря й загального задоволення пацієнтів наданням медичної допомоги.

**Шкала навичок міжособистісного спілкування — *Interpersonal Skills Inventory (ISI)*.** У 2014 році колективом авторів з Департаментів медичних досліджень Китайської Народної Республіки (Xi Wu, Zhinong Wang, Bo Hong, Shengjuan Shen, Yan Guo, Qinghai Huang, Jianmin Liu) була розроблена й запатентована Шкала навичок міжособистісного спілкування, заснована на критеріях Іспиту з клінічних навичок Американської національної ради медичних експертів. Шкала включає 13 елементів комунікації, що можуть бути оцінені за допомогою шкали Лайкерта з 5 ступенями свободи. Отже, кожна комунікативна навичка може бути оцінена в діапазоні від 1 до 5 балів, а загальний рівень навичок міжперсонального спілкування — від 13 до 65 балів.

Головною особливістю цієї шкали є те, що вона спрямована на оцінювання комунікативних навичок лікаря чи студента не супервізором (екзаменатором чи експертом), а самими пацієнтами.

**Анкета задоволеності пацієнтів — *Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)*.** Анкета для оцінювання задоволеності пацієнтів була розроблена для Національного центру досліджень послуг у галузі охорони здоров'я (NCHSR) J.E. Ware, M.K. Snyder, W.R. Wright у межах проекту Медичної школи Університету Південного Іллінойсу (США), що проводився протягом 1972–1976 рр. Виконання цього проекту призвело до створення анкети PSQ-I, що складалася з 80 тверджень, її переглянутої форми PSQ-II, що складалася з 68 тверджень, і короткої форми анкети, що складалася з 43 тверджень. Розробка цих анкет проводилася для їх подальшого використання у двох національних дослідженнях США, які проводились спільно Центром досліджень управління охороною здоров'я Університету Чикаго і Національним центром вивчення думок (США).



З 68 пунктів PSQ-II 55 використовувались для оцінки задоволеності такими характеристиками лікарів і медичних послуг, як доступ до медичної допомоги (невідкладна допомога, зручність надання послуг, доступність безкоштовної допомоги); наявність фахівців (сімейних лікарів, спеціалістів); фінанси (вартість догляду, страховий захист, механізми оплати); безперервність (безперервність догляду сім'ї, безперервність спостереження за самопочуттям); міжособистісний спосіб комунікацій (опитування, пояснення); якість догляду (лікарські засоби, витрати, якість, компетенція); загальна доступність (територіальна доступність, фінансова доступність); поведінка лікаря (міжособистісний спосіб спілкування, якість догляду) і загальне задоволення пацієнта.

Скорочена форма PSQ також використовувалась у 80-х роках XX сторіччя в експерименті з медичного страхування Американським стратегічним дослідницьким центром Research and Development — RAND (США, штат Каліфорнія, Санта-Моніка). На підставі отриманих у результаті цього експерименту даних Національний центр досліджень послуг у галузі охорони здоров'я США розробив таксономію характеристик постачальників медичних послуг і послуг, які можуть впливати на ставлення пацієнтів (рівень їх задоволення) до медичної допомоги.

Третя версія цієї методики — *Patient Satisfaction Questionnaire III (PSQ-III)*. Опитувальник PSQ-III був створений шляхом внесення суттєвих змін до PSQ-II, більшість з яких включає додавання або перегляд тверджень:

- по-перше, були внесені зміни для покращення релевантності змісту тверджень в умовах медичної допомоги, що відрізняються організаційними й фінансовими домовленостями (наприклад, заздалегідь оплачувана медична допомога й оплата медичних послуг, які були отримані), були розроблені нові й більш загальні твердження для оцінювання ставлення до фінансових аспектів охорони здоров'я;

- по-друге, твердження були додані до шкали загального задоволення, щоб підвищити його надійність;

- по-третє, для покращення обґрунтованості PSQ щодо якості обслуговування, для оцінки адекватності комунікації між лікарем та пацієнтом були додані певні твердження;

- по-четверте, були покращені пункти, зосереджені на аспектах, що істотно впливають на рівень задоволеності пацієнтів (наприклад, послуги лікарень, спеціалізована допомога; час, витрачений на відвідування лікаря);

- по-п'яте, багато тверджень PSQ, які стосуються лікарів або медичного обслуговування в цілому, були переписані, щоб конкретно посилатися на власний досвід респондента. Ця зміна була зроблена у від-

повідь на критику того, що пункти із загальними рецензентами оцінюють переконання щодо медичної допомоги взагалі, а не задоволення конкретною медичною допомогою в конкретному медичному закладі.

Шкала PSQ-III складається з 50 тверджень, які використовуються для оцінки, причому кожен елемент з'являється лише в одному модулі, а також одного додаткового твердження (пункт 30), що стосується переконань про кризу в охороні здоров'я і не використовується для підрахунку задоволеності пацієнтів наданням їм медичної допомоги. Правила зарахування оцінювання тверджень залежать від того, чи є твердження позитивним, чи несприятливим відносно задоволення медичною допомогою. Оцінювання результатів проводиться за допомогою шкали Лайкерта з 5 ступенями свободи: від 1 бала — «повністю незадоволений» до 5 балів — «повністю задоволений».

Загальний результат оцінювання задоволеності медичним обслуговуванням за шкалою PSQ-III може коливатися в діапазоні від 50 до 250 балів. Крім того, можуть бути оцінені окремі модулі задоволення пацієнтів медичною допомогою:

I. Загальне задоволення (результат може коливатися в діапазоні 6–30 балів).

II. Технічна якість (результат може коливатися в діапазоні 10–50 балів).

III. Міжособистісні аспекти (результат може коливатися в діапазоні 7–35 балів).

IV. Комунікації (результат може коливатися в діапазоні 5–25 балів).

V. Фінансові аспекти (результат може коливатися в діапазоні 10–50 балів).

VI. Доступність, наявність, зручність (результат може коливатися в діапазоні 12–50 балів).

***Patient Satisfaction Questionnaire 18 (PSQ-18)*** (Marshall & Hays, 1994) являє собою коротку версію шкали PSQ-III, що зберігає основні характеристики її повнорозмірного джерела, причому відповідні підрахунки PSQ-18 і PSQ-III суттєво корелюють один з одним. PSQ-18 може бути доцільним для використання в ситуаціях, коли брак часу не дозволяє використовувати повнорозмірну версію (обстеження з використанням PSQ-18 займає всього 3–4 хвилини). PSQ-18 пропонує проводити оцінювання за сьома аспектами задоволеності пацієнтів спілкуванням з медичними працівниками, а саме: загальне задоволення; технічна якість; манера комунікації лікаря; спілкування; фінансові аспекти; час, витрачений на відвідування лікаря; доступність і зручність.

Кожний аспект перевіряється через різні пов'язані питання, що має істотну користь, коли метою є визначення конкретних недоліків комунікації лікаря. Загальний результат опитувальника може коливатися

від 18 балів (мінімум) до 90 балів (максимум), а результати за окремими аспектами задоволення можуть коливатися таким чином:

1. Загальне задоволення — від 2 до 10 балів.
2. Технічна якість — від 2 до 20 балів.
3. Манера комунікації лікаря — від 2 до 10 балів.
4. Спілкування — від 2 до 10 балів.
5. Фінансові аспекти — від 2 до 10 балів.
6. Час, витрачений на відвідування лікаря, — від 2 до 10 балів.
7. Доступність і зручність — від 2 до 20 балів.

### *Додаткові критерії оцінювання якості професійної комунікації лікаря*

Як ще можна оцінити якість професійної комунікації лікаря? Існують два важливі показники, що впливають один з одного:

— Індекс задоволеності пацієнтів (**Customer Satisfaction Index — CSI**). Даний показник не завжди корелює з клінічною ефективністю терапевтичного впливу. Так, наприклад, відзначається явне покращення соматичного стану пацієнта, а він, у свою чергу, не задоволений отриманими результатами, і навпаки: явного клінічного ефекту не виявлено, але пацієнт задоволений своїм лікарем.

— Індекс повторного звернення пацієнтів (**Return Index — RI**). Наявність позитивного ставлення пацієнта до певного лікаря або медичного закладу приводить до повторного звернення з рекомендаціями своїм друзям і знайомим даного спеціаліста або ж конкретного медичного закладу.



**Рисунок 1.3**

## Запитання для контролю й самоконтролю

1. Визначення, завдання і значення комунікативних навичок лікаря в медицині.
2. Поняття комунікації і дискомунікації.
3. Етико-деонтологічні принципи комунікації.
4. Питання комунікації в Кодексі професійної етики лікаря.
5. Правові аспекти комунікації в медицині.
6. Специфіка комунікації в психіатрії з позиції деонтології.
7. Об'єктивні й суб'єктивні причини комунікативних помилок у роботі лікаря.
8. Деонтологічні принципи і правила спілкування з родичами хворих.
9. Важливість ефективної комунікації в практичній діяльності лікаря.
10. Основні поняття комунікативного процесу (аспекти передачі й сприйняття інформації).
11. Фактори, що впливають на комунікацію.
12. Чинники формування комунікативної компетенції лікаря.
13. Психологічні характеристики, що впливають на комунікативну компетентність.
14. Критерії оцінювання комунікативної компетенції лікаря.
15. Якими, на вашу думку, комунікативними навичками повинен володіти студент при проходженні ОСКІ?
16. Які існують методи вивчення потреби студентів у комунікативних навичках?
17. Які групи шкал, спрямованих на вивчення комунікативної кваліфікації студентів і лікарів, ви знаєте?
18. Які складові комунікації досліджує Шкала контролю елементів комунікації Каламазу (КЕЕСС)?
19. На вивчення якої складової комунікації «лікар — пацієнт» спрямована Шкала оцінювання значущих елементів опитування пацієнтів (ЕЕРІС)?
20. На вивчення якої складової комунікації «лікар — пацієнт» спрямована шкала PSQ?

## Ситуаційні завдання

1. Пацієнт Б., 64 роки, діагноз: артеріальна гіпертензія. Хворіє протягом 18 років. Ретельно дотримувався приписів лікаря, контролював показники артеріального тиску, почував себе задовільно, працював, був соціально активним. Після виходу на пенсію і смерті дружини перестав стежити за станом свого здоров'я, порушує рекомендований режим, нерегулярно приймає ліки, самостійно змінює дозування.

*Яку психолого-педагогічну тактику повинен застосувати лікар, щоб пацієнт знову почав турбуватися про своє здоров'я? Чи потрібна консультація психіатра, психотерапевта або психолога?*

2. На прийом до лікаря звернулася жінка. Пацієнтка збентежена, на запитання відповідає тихо. Лікар, проводячи опитування, п'є каву, говорить по телефону, відволікається на екран комп'ютера.

*Яких помилок у спілкуванні з пацієнтом припустився лікар? Якою мала б бути тактика лікаря?*

3. На прийомі пацієнтка пенсійного віку. Скаржиться на часті підйоми артеріального тиску й болі в серці. Хвора зловживає часом лікаря, розповідаючи про непорозуміння й конфлікти з родичами, які її «довели до хвороби».

*Якою повинна бути найбільш ефективна тактика лікаря?*

## Рекомендована література

1. Чабан О.С., Хаустова О.О., Мухаровська І.Р., Науменко Г.М. *Комунікативні навички лікаря. Конспект лекцій. 2017. 152 с.*

2. *Медична психологія: у 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.*

3. *Медична психологія: у 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.*

4. Чабан О.С., Хаустова Е.А., Омелянович В.Ю., Абдрахімова Ц.Б. *Опыт адаптации методики Communication Skills Attitude Scale. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. № 10(2). С. 252-66.*

5. *Основи загальної та медичної психології. За ред. І.С. Вітенко, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 435 с.*

6. Коваль І.А., Максименко С.Д., Папуча М.В., Максименко К.С. *Медична психологія: підручник для студентів вищих навчальних закладів. Вінниця: Нова Книга, 2010. 516 с.*

7. Абрамович С., Чікарьова М. *Мовленнєва комунікація: навчальний посібник. Київ: Видавничий дім Дмитра Бураги, 2013. 460 с.*

8. Єценко Т.А. *Мовленнєва комунікація лікаря: практикум з курсу за вибором для студентів денної форми навчання другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина». Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 2016. 27 с.*

9. Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю. *Морально-етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики: навчально-методичний посібник*. Ужгород: Ужгородський національний університет, 2010. 64 с.

10. Площенко Ю.О. *Покращення комунікативних навичок лікарів-анестезіологів під час навчання на курсах тематичного удосконалення як шлях до підвищення професійної компетенції*. Збірник наукових праць Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. 2016. С. 197-202.

11. *Medicines adherence. Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>.

12. Шакарашвілі М.В. *Комунікативний діалог лікаря і пацієнта*. GESJ: Education Science and Psychology. 2012. № 2(21). С. 53-58.

13. Choudhary A., Gupta V. *Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice*. Int. J. Appl. Basic Med. Res. 2015. Vol. 5 (Suppl. 1). P. 41-44.

14. Silverman J., Draper J., Kurz S. *Skills for Communicating with Patients*. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford University Press, 2013.

15. Brian L., Bertera E.M., Feimster T., Hollander R., Stroman C. *Adaptation of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) to Dental Students*. Journal of Dental Education December. 2012. 76(12). P. 1629-1638.

16. Marshall G.N., Hays R.D. *The Patient Satisfaction Questionnaire short-form (PSQ-18)*. Santa Monica, Calif.: RAND, 1994. 39 p.

17. Xi Wu, Zhinong Wang, Bo Hong et al. *Evaluation and improvement of doctor-patient communication competence for emergency neurosurgeons: a standardized family model*. Patient Prefer Adherence. 2014. № 8. P. 883-891.

18. Makoul G. *Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement*. Acad. Med. 2001. № 76(4). P. 390-393.

### **Спеціалізовані сайти Інтернету:**

<http://www.sfera.omsk.de/>

<http://www.chat.ru/~psycho/>

[http://www.mosmed.ru/mi\\_resurses.asp](http://www.mosmed.ru/mi_resurses.asp)

<http://www.apa.org>

<http://www-med.stanford.edu>

<http://www.karger.ch> ■

# Розділ 2.

## Структура професійної комунікації

**Ключові поняття теми:** невербальна комунікація; вербальна комунікація; слухання; мовлення; відкрите запитання; закрите запитання; мотиваційне інтерв'ю.

Інформація, що надходить від комунікатора (здебільшого лікаря), може бути двох типів: *спонукальна* та *констатуюча*.

*Спонукальна* інформація висловлюється у вигляді поради, прохання або навіть наказу. Вона розрахована на те, щоб стимулювати у співрозмовника (здебільшого пацієнта) якусь дію. Стимуляція, в свою чергу, може мати різні форми, а саме: *активізація*, тобто спонукання до дії в заданому напрямку (порада); *інтердикція*, тобто, навпаки, спонукання до недопуску певних дій або заборона небажаних видів діяльності; *дестабілізація* — незгодженість або порушення деяких автономних форм поведінки чи діяльності.

*Констатуюча* інформація виступає у формі повідомлення, вона має місце в різних освітніх системах і не передбачає безпосередньої зміни поведінки, хоча опосередковано сприяє цьому.

Передача та прийом інформації відбуваються шляхом невербальної комунікації (65 %) і вербальної комунікації (35 %), шляхом слухання і мовлення.

### 2.1. Невербальна комунікація

Чабан О.С., Науменко Г.М.

Невербальна комунікація, або спілкування без слів, — це передача (кодування) інформації та її розуміння (декодування), що може бути усвідомленим або/та неусвідомленим, за допомогою жестів, поз, мовчання, окремих значимих і зрозумілих апріорі звуків, зміни розташування лікаря відповідно до пацієнта, переглядання з іншими людьми в присутності пацієнта, демонстрація ніяковості, конфузу, страху, відрази, відчаю та ін.

### 2.1.1. Чотири модальності невербальної комунікації

Невербальні реакції можна структурно розподілити на чотири основні модальності, що сприяє кращому усвідомленню невербальної поведінки і спостереженню за нею.

Невербальна комунікація — це:

- погляд і зоровий контакт;
- рухи головою;
- міміка;
- розташування лікаря відповідно до пацієнта;
- поза;
- міжособистісна дистанція;
- жести.

Першою модальністю є **невербальна поведінка** та **структурування часу**, що передбачає поєднання *впізнання* — уповільненого реагування на повідомлення партнера і *пріоритетів* — відносного часу обговорення окремих тем.

Другою модальністю є **невербальне спілкування з використанням тіла**. Найбільш вираженою складовою цієї модальності є *контакт очей* — істотно, скільки часу і яким чином співрозмовники дивляться один на одного під час бесіди; контакт очей великою мірою залежить від культурних чинників, наприклад, в деяких культурах контакту очей уникають з поваги; особливо важливий контакт очей для регулювання консультативної взаємодії.

При оцінці контакту очей при комунікації з пацієнтом слід звертати увагу: на розглядання специфічних об'єктів; погляд униз; розглядання лікаря зухвалим пильним поглядом; «бігаючий» з об'єкта на об'єкт погляд; відведення очей від лікаря, коли він поглядає на співрозмовника; закриття очей руками; частоту затримки погляду поблизу лікаря. Ці особливості контакту очей можуть вказати на певні особливості психологічного або психічного стану пацієнтів та на їх ставлення до надання медичної допомоги і власного захворювання.

Необхідно звернути увагу на *очі* — блиск очей, сльози в очах, розширення очей (зіниць), позиція брів почасти вказують на схвильованість співрозмовника. Також діагностичне значення має *стан шкірних покривів*: блідість, почервоніння, «гусяча шкіра» тощо.

*Вираз обличчя* передає емоційний стан; відображає міжособистісні установки; служить засобом зворотного зв'язку для співрозмовників і поряд з промовою є найголовнішим джерелом передачі інформації. В інтерпретації виразу обличчя відіграють роль: застиглий вираз, наморщений лоб, насуپлені брови, усмішка та сміх. Лікар має вміти про-



читати на обличчі співрозмовника радість, біль і страх, а також як одні почуття маскуються іншими.

Низка інших сигналів стосується власне тіла. Так, *поза* може служити показником настороженості, фізичної втоми або свідчити про самозахист (наприклад, схрещені руки або ноги).

*Руки і жести* можуть бути дуже красномовними. Рух рук та інших частин тіла часто носить символічний характер, почасти може вказувати на щось недобре. Це можуть бути, наприклад, *командні сигнали* — тримання пальця у губ (запрошення мовчати), вказування пальцем, стенання плечима, кивання головою, підморгування; *дотик* — може представляти прояв дружніх почуттів чи сексуальності.

Нагадаємо, що з метою покращення комунікації (фіксація значимої інформації, яку передає лікар) торкатися можна лише плеча, руки пацієнта і ні в якому випадку — стегна, сідниць, шиї чи грудей, що може бути розцінене пацієнтом як сексуальні дії лікаря та спричинити не лише психологічний дискомфорт, але й стати причиною конфлікту, можливо, матиме правові наслідки.

Можемо також спостерігати часто неусвідомлене пацієнтом *маніпулювання своїм тілом* — виявляється в кусанні нігтів, хрустінні суглобами, висмикуванні волосся тощо. *Монотонна поведінка* нерідко є ознакою нервозності — це притоптування ногами, постукування пальцями, кручення предметів і гра з гудзиками.

У межах невербального спілкування другої модальності (невербальне спілкування з використанням тіла) є сенс згадати чотири типи рухів тіла.

1. *Символи, що заміняють слова*, наприклад помах рукою, що означає прощання.

2. *Супроводжуючі мову демонстрації*, якими робиться спроба пояснити те, про що йдеться.

3. *Регулятори, що доповнюють потік вербальної взаємодії*, наприклад зміна пози, кивання головою та ін.

4. *Адаптери, тобто рух тіла, які не мають усвідомленої доцільності, проте часто відображають думки і почуття*, наприклад надмірне стискання чи покусування губ, інші подібні рухи.

Третьою модальністю є *невербальне спілкування за допомогою голосу*. Діагностичне щодо психологічного стану пацієнта значення мають *тон голосу*, який може бути монотонний, бездушний, зі зміненою модуляцією, строгий, ніжний, лагідний, впевнений, слабкий, нерішучий, тремтячий, напружений тощо; *темп мови* — швидкий, помірний, повільний; *гучність голосу* — сильна, помірна, тиха; *вимова* — виразна,

невизначна. Модальність голосу часто видає внутрішнє ставлення особи до власного вислову. Щирість виявляється у виразності голосу, сміливість — у твердості голосу; неясна, занадто тиха мова часто означає небажання спілкуватися.

Четверта модальність має на увазі **невербальне спілкування та формування оточення**. До неї відносяться: *предмети обстановки й обладнання кімнати*; *одяг* (не одяг робить людину, проте деталі одягу правдиво розкажуть про установки людини, наприклад, особливо багато уваги приділяють одягу, збираючись на зустріч); *дистанція* — не завжди усвідомлюване наближення до співрозмовника або прагнення віддалитися від нього свідчить про вираженість бажання поглиблювати/нехтувати взаєминами; *позиція в просторі* — має значення у створенні та підтриманні терапевтичного клімату.

Варто зауважити, що різний зміст словам лікаря можуть надавати парамовні елементи (тон голосу, інтервали між словами, акценти, дикція, паузи, повтори, покашлювання, різні «ГМ-м», «ага», «м-м-м», «огого», «да-а-а» тощо).

### 2.1.2. Невербальна поведінка лікаря

Дуже важливою є невербальна поведінка самого лікаря, тому що він теж демонструє невисловлені почуття і думки, які може на свій розсуд зрозуміти пацієнт або його родичі. Деякі невербальні реакції ми всі сприймаємо однаково, тому що вони набули характеру соціальної згоди. Тому лікар повинен контролювати свою невербальну поведінку, щоб перетворити її в інструмент консультування.

У повсякденному житті часто зустрічаються приклади уявного перебування з іншою людиною, що відображається поширеною реплікою: «Ти не слухаєш, що я кажу!»

Лікар має дотримуватись п'яти справжніх умов фізичного перебування (Egan, 1986), позначених акронімом SOLER.

1. *Бути зі співрозмовником віч-на-віч* (squarely). Залучення інших осіб до бесіди відбувається за погодженням пацієнта й обумовлюється його станом.

2. *Бути у відкритій позі* (open posture). Необхідний безперервний контроль лікарем пози: «Наскільки моя поза відображає відкритість і доступність пацієнту?» Зі збільшенням стажу роботи цей контроль стає позасвідомим.

3. *Час від часу нахилитися* (to lean) до співрозмовника. Коли лікар нахиляється в бік співрозмовника, він ніби промовляє: «Я з вами, і мені цікаво все, що ви зараз розповісте».

4. *Підтримувати контакт очей* (eye contact) з пацієнтом, щоб підкреслити увагу і зацікавленість, але контакт не повинен бути безперервним.

5. *Бути розслабленим* (relaxed). Оскільки більшість пацієнтів хвилюються в ситуації консультування, важливо, щоб лікар не був напружений і не збільшував занепокоєння свого співрозмовника.

#### **Аналізуємо невербальні сигнали в комунікації:**

— Барабанити пальцями — нетерпіння, подразливість, стурбованість.

— Переминатися з ноги на ногу — нетерпіння, надто довго в одній позі (стояв) — ознака «заклякості», страху.

— Хмуритися — нерозуміння, непогодження.

— Спалахнувші обличчя — роздратування, ніяковість, також трактуються з іншими ознаками.

— Стиснута щелепа — сердитий, злий, стурбований (більше чоловіча ознака).

— Поворот голови та нахили в бік співрозмовника — незрозумілість, недочування.

— Незручна поза — втома, розслаблення або пригніченість.

— Уникнення погляду — тривога, невпевненість, брехня, ніяковість, страх.

— Швидке мовлення — злість, стурбованість, опір.

— Підвищений голос — хвилювання, злість, сперечатися без ефективних аргументів.

— Підвищений тембр голосу (жінка) — злість, хвилювання.

— Понижений тембр голосу (чоловік) — злість, хвилювання.

— Нервові рухи — хвилювання, стурбованість, злість.

— Чухати ніс — стурбованість, щось не подобається (якщо це не просто свербить ніс).

— Стискання плечима — «все одно», не зрозуміло, як відповісти.

— Хлопання себе по лобі — забув (згадав), ніяково себе відчуває, не розуміє.

— Руки перехрещені на грудях — замерз, психологічний захист, ніяково почуватися, сидіння на стільці без підлокітників.

— Хлопання когось по спині — панібратство, вітання, заохочення, зближення.

— Жест пальцями «ОК» — чудово, зрозуміло, гаразд, завершення.

— Рука вверх долонею до співрозмовника — стоп, заперечення, незгода.

- Руки над головою стиснені в кулаки — успіх, перемога, завершення, задоволення.
- При привітанні долоня відкрита — підлеглість, пасивність; закрита — домінування, зверхність.

## 2.2. Вербальна комунікація

Науменко Г.М.

Головним призначенням вербальної комунікації лікаря з пацієнтом є встановлення, підтримка і подальший розвиток осмисленого інформаційного контакту. Окремими видами вербальної комунікації є *письмова* (визначеність джерела; сталість інформації; можливість адекватного донесення) і *усна* (можливе невербальне підкріплення; можна відредагувати й уточнити). Способом подачі інформації в обох видах вербальної комунікації є текст. З точки зору ставлення до тексту виділяють два процеси: *мовлення* і *слухання*.

### 2.2.1. Мовлення: типи запитань

Виділяються види мовлення *монологічне* і *діалогічне*. Висловлювання без орієнтації на співрозмовника носять форму монологу і, відповідно, відносяться до монологічного виду мовлення. Сума втрат інформації при монологічному мовленні може досягати 50 %, у деяких випадках — і 80 % обсягу вихідної інформації, у зв'язку з чим особливо важливо оволодіти мистецтвом діалогічного спілкування.

В. Зигерт і Л. Ланг виділили типові помилки монологічного мовлення. Людина, орієнтована в спілкуванні на себе, а не на співрозмовника:

- не організує свої думки перед висловлюванням, а говорить спонтанно, сподіваючись/вимагаючи, щоб інші «встигали» за нею;
- через недбалість або невпевненість не виражає свої думки точно, тому вони набувають двозначності;
- говорить занадто довго, отже, слухач до кінця його висловлювання вже не пам'ятає, що було на початку;
- продовжує говорити, навіть не помічаючи, реагує слухач чи ні.

Зрозуміло, що особливо важливим є вміння вести діалог для такого фахівця, як лікар. *Діалогічне спілкування* передбачає вміння ставити закриті та відкриті запитання (табл. 2.1).

*На закриті запитання* очікується відповідь «так» або «ні». Вони можуть сприяти створенню напруженості в бесіді, тому їх потрібно за-

стосовувати із чітко визначеною метою. При постановці подібних запитань у пацієнта може скластися хибне враження, ніби «його допитують». Отже, закриті запитання потрібно ставити не тоді, коли потрібно отримати інформацію, а у випадках, коли необхідно швидше отримати згоду або підтвердження раніше досягнутої домовленості або для завершення бесіди.

*На відкриті запитання* не можна відповісти «так» або «ні», вони вимагають якогось пояснення або вільної, розгорнутої відповіді. Це запитання «що?», «хто?», «як?», «скільки?», «чому?». Їх ставлять з метою отримання додаткових відомостей, з'ясування мотивів і позицій співрозмовників. Підставою для таких запитань є позитивна (відкрита) або, як мінімум, нейтральна позиція пацієнта. Однак, ставлячи тільки відкриті запитання, лікар може також втратити контроль за ходом бесіди.

Відкриті запитання можуть також бути *інформаційними, риторичними, переломними, дзеркальними, естафетними, запитаннями для розмірковування* тощо.

*Інформаційні запитання* мають на меті активізувати інформацію, здатну зацікавити і згрупувати навколо себе різні думки. Причому, якщо відповідь на запитання може бути обмежена до «так» або «ні», воно закриває діалог і його не можна вважати інформаційним.

Наприклад, запитання «Які заходи ви вжили, щоб поліпшити стан свого здоров'я?» є інформаційним, а запитання «Ви дійсно думаєте, що вжили всіх заходів?» не є таким.

*Риторичні запитання* не передбачають прямої відповіді, а їх мета — це викликати нові запитання і вказати на невирішені проблеми. Ставлячи риторичне запитання, лікар сподівається «включити» мислення пацієнта і направити його в потрібне продуктивне русло.

*Переломні запитання* утримують бесіду в чітко встановленому напрямку або піднімають комплекс нових проблем. Такі запитання став-

**Таблиця 2.1. Приклади закритих і відкритих запитань**

<b>Закриті запитання</b>	<b>Відкриті запитання</b>
Вам було це важко зробити?	Що ви відчували, коли це робили?
Для вас це було важливо?	Що ви відчували в той момент? Яке це для вас мало значення?
Вам здається, що він не дотримується схеми лікування?	Як, на ваш погляд, він ставиться до призначень лікаря?
Це все, що ви хотіли сказати?	Що ще ви можете додати?

ляться у випадках, коли вже отримано достатньо інформації з однієї проблеми і є необхідність переключитися на іншу. Зауважте, що перемикання може порушити перебіг клінічної бесіди.

*Запитання для обмірковування* змушують співрозмовника розмірковувати, ретельно обдумувати і коментувати те, що було сказано.

Метою таких запитань є створення атмосфери взаєморозуміння лікаря і пацієнта.

*Дзеркальні запитання* дозволяють забезпечити безперервність відкритого діалогу. Технічно таке запитання полягає в повторенні лікарем з інтонацією запитання частини твердження, щойно сказаного пацієнтом, для того, щоб змусити його побачити своє твердження ніби з боку. Наприклад:

**Пацієнт:** *Я ніколи не буду приймати цей препарат!*

**Лікар:** *Ніколи?*

**Пацієнт:** *Зараз у мене немає для цього коштів!*

**Лікар:** *Немає коштів?*

Дзеркальне запитання дозволяє без суперечок з пацієнтом і без спростування його тверджень створювати в бесіді моменти, що надають діалогу нового змісту. Вони дають значно кращі результати, ніж низка запитань «чому?», що зазвичай викликають захисні реакції, відмовки, пошуки причинності і навіть можуть призвести до конфлікту.

*Естафетні запитання* покликані зробити діалог більш жвавим. За їх допомогою прагнуть випереджати висловлювання партнера, не перебиваючи, а допомагаючи йому. Естафетні запитання вимагають здатності слухати і схоплювати на льоту репліки партнера і провокувати його сказати ще більше, сказати по-іншому.

У клінічній бесіді лікар повинен мати на увазі ще кілька правил щодо ставлення запитань пацієнтам. Так, запитання «хто? що?» найчастіше орієнтовані на факти, тобто запитання такого типу збільшують вірогідність фактологічних відповідей. Запитання «як?» більшою мірою орієнтоване на людину, особливості її поведінки та світогляду. З іншого боку, запитання «чому?» нерідко провокує захисні реакції пацієнтів, тому його слід уникати в звичайному консультуванні або використовувати тільки з психотерапевтичною метою. Недоцільно запитанням випереджати відповідь пацієнта. Наприклад, запитання «Чи все у вас добре?» найчастіше спонукає пацієнта дати ствердну відповідь. У цьому випадку краще поставити відкрите запитання: «Як ваші справи?» Варто уникати постановки одночасно декількох запитань (іноді в одному запитанні вже закладені інші). Наприклад, «Як ви розумієте свою проблему? Чи не думали ви про свої проблеми коли-небудь

раніше?», «Чому ви п'єте і сваритеся зі своєю дружиною?» Зауважте, що не варто одне і те ж запитання ставити в різних формулюваннях. Подібна поведінка лікаря в клінічній бесіді свідчить про його тривогу. Лікар повинен озвучувати тільки остаточні варіанти запитань.

### **2.2.2. Слухання: варіанти, типи та техніки**

William Osier любив говорити лікарям: «Вислуховуйте пацієнта, він говорить вам діагноз». Кращої поради лікареві бути не може.

Правильне вислуховування — це активний процес, що охоплює «всі види відчуттів плюс інтуїція, відображення та емпатія» (Bugental J.F.T., 1987). Йдеться про величезну увагу до деталей, якими б незначними вони не були. Слухачеві необхідно виявляти зацікавленість і розуміння, однак не заважати оповідачеві залишатися в потоці переживань; лікар, який слухає співрозмовника, повинен бути відкритий і спостережливий.

Активне слухання допомагає пов'язувати окремі фрагменти розповіді співрозмовника, внаслідок чого і реалізується головне завдання консультування — розуміння співрозмовника.

Невміння слухати — основна причина неефективного спілкування, саме воно призводить до непорозумінь, помилок і проблем. При уявній простоті (деякі думають, що слухати означає просто мовчати), слухання — складний процес, що вимагає значних психологічних енерговитрат, певних навичок і загальної комунікативної культури.

#### **Різні варіанти слухання (за Т. Гордоном):**

1. *Пасивне слухання* (тиша): потужний невербальний засіб, що дозволяє пацієнтові відчути увагу до його особистості та проблем.

2. *Реакція підтвердження*, визнання почутого: здійснюється за допомогою вербальних реплік і невербальних прийомів (кивання головою, нахил уперед, усмішка, насуپленість тощо).

3. *«Відчиняння дверей»*: спеціальні запитання або зауваження, що дозволяють пацієнтові бути більш відкритим, що заохочують його висловлювання.

4. *Активне слухання*: за допомогою перефразування почутого лікар уточнює свої гіпотези щодо стану пацієнта і декодує його інформацію.

5. *«Відображення почуттів»*: метод передачі співпереживання і розуміння (Роджерс К.). При його використанні лікар стає своєрідним дзеркалом почуттів пацієнта, допомагає йому їх усвідомити і вербалізувати; тим самим він сприяє їх емоційному відреагуванню.

6. *Навчання сублімації*: вираження почуттів в безпечній, соціально-прийнятній формі.

7. *Інтерпретація*: пацієнт отримує нове бачення ситуації на підставі теорії і особистого досвіду лікаря. Він відкриває для себе альтернативне бачення реальності, що відрізняється від картини, яку він собі уявляє.

8. *Директива*: лікар ясно показує пацієнтові, яку дію вважає для нього бажаною, і передбачає, що пацієнт виконає його вказівки.

9. *Саморозкриття*: лікар ділиться особистим досвідом і переживаннями, показує, що здатен розділити нинішні почуття співрозмовника. Його висловлювання побудовані на «Я-пропозиціях».

10. *Зворотний зв'язок*: лікар дає можливість пацієнтові зрозуміти, як (яким) його сприймають збоку, дає конкретні дані для позитивного або рівноваженого самосприйняття.

11. *Логічна послідовність*: лікар пояснює пацієнтові наслідки мислення і поведінки: «Якщо будете..., то буде...». Метод дає можливість для рефлексії своїх дій і переживань, сприяє розвитку рефлексивної поведінки і прийняття самостійних рішень.

12. *Переказ*: повторення суті ситуації пацієнта і його думок лікарем, яке активізує обговорення проблеми і покращує її розуміння обома сторонами.

13. *Резюме*: використовується в кінці бесіди для підсумовування результатів обстеження, суджень пацієнта і висновків лікаря.

Виділяють основні види слухання: *рефлексивне, нерефлексивне, емпатичне*.

*Рефлексивне слухання* являє собою процес розшифрування сенсу повідомлень і передбачає об'єктивний зворотний зв'язок. Ситуації, в яких ефективно рефлексивне слухання: у пацієнта немає бажання говорити або воно невелике; пацієнт прагне отримати велику підтримку, в тому числі емоційну; пацієнт потребує допомоги при вирішенні певних проблем; якщо інформація одного суперечить інтересам іншого.

*Нерефлексивне слухання* — уважне мовчання, коли не втручаються в мову пацієнта із зауваженнями, а розуміння може бути виражене за допомогою різних невербальних проявів. Зауваження можуть висловлюватись тільки дуже коротко і, якщо можливо, нейтрально. Відповіді при нерефлексивному слуханні зведені до мінімуму, типу: «Так!», «Ну і ну!», «Продовжуйте», «Цікаво» і т.д.

Нерефлексивне слухання, як більш корисне і ефективне, доцільно застосувати: на етапах постановки проблеми, що тільки формується у пацієнта; коли пацієнт виявляє такі почуття, як гнів чи горе; коли співрозмовник виявляє велику мотивацію висловитися, горить бажанням висловити свою точку зору; коли пацієнт збирається (хоче) обговорювати наболілі запитання; коли пацієнт збуджений, ледве виражає свої



думки або зазнає труднощів у вираженні своїх проблем; при спілкуванні з сором'язливими людьми. Основні прийоми нерелексивного слухання наведені в табл. 2.2.

*Емпатичне слухання* відрізняється від рефлексивного перш за все установкою. Мета рефлексивного слухання — якомога точніше усвідомити і передати почуття людини, а емпатичного слухання — вловити емоційне забарвлення ідей і їх значення для іншої людини, проникнути в систему її внутрішніх цінностей і зрозуміти, які почуття вона при цьому відчуває (табл. 2.3).

Емпатичне слухання створює сприятливий клімат для відкритого вираження іншими своїх думок і почуттів. Прийоми рефлексивного й емпатичного слухання дозволяють дізнатися, що пацієнт говорить насправді, зрозуміти справжній зміст того, що ховається за його словами.

Існують *правила емпатичного слухання*.

1. **Необхідно налаштуватися на слухання.**
2. Реакцією на слова пацієнта **необхідно точно відобразити переживання, почуття, емоції, що стоять за його висловом**, щоб проде-

**Таблиця 2.2. Основні прийоми нерелексивного слухання**

Приєм (реакція)	Ціль	Техніка	Приклад
<i>Спонування</i>	Спонувати пацієнта до подальших висловлювань	Перестати говорити самому, активно використовувати невербальні сигнали, короткі фрази	Зоровий контакт, позиція корпусу направлена на співрозмовника, кивання головою, посмішка: «Ну і...», «Що далі...»
<i>Позитивне ствердження</i>	Підтримати пацієнта	Кивання головою, короткі фрази	«Ага», «Так, так...»
<i>Ехореакції</i>	Спонувати пацієнта до подальшої розповіді	Повторювати останнє слово в репліці	«Мене ця ситуація дуже хвилює», «Так, хвилює...»
<i>Навідні/підштовхуючі запитання</i>	Запит додаткової інформації	Короткі запитання	Що? Де? Коли? Чому?
<i>Оцінка</i>	Вираження згоди/незгоди	Короткі фрази	«Це чому ж?» «Не може бути?» «Чому б і ні?»
<i>Емоція</i>	Вираження, презентація емоції	Невербальний супровід	«Ух...», «Ах...», «Добре»

монструвати, що його почуття зрозуміли не тільки правильно, але й прийнятно.

3. **Необхідно тримати паузу.** Не варто в цей час висловлювати будь-які додаткові міркування, роз'яснення, уточнення або коментарі, пауза необхідна пацієнтові для того, щоб розібратися в своєму переживанні.

4. Необхідно пам'ятати, що **емпатичне слухання не є інтерпретацією прихованих від пацієнта таємних мотивів його поведінки.** Треба тільки відобразити почуття пацієнта, але не пояснювати йому причину виникнення у нього цього почуття.

5. Коли пацієнт збуджений і нестримно продовжує говорити, розповідати, а бесіда вже носить довірчий характер, доцільно **перейти з емпатичного слухання на нерелексивне.**

6. Методику емпатичного слухання варто застосовувати тільки в тому випадку, коли **пацієнт сам хоче поділитися якимись переживаннями.**

Також виділяють *типові помилки слухання.*

1. Прийняття мовчання за увагу.
2. Удавання, що слухають. Удавання зазвичай сприймається як образа і може образити пацієнта.
3. Перебивання співрозмовника під час його повідомлення.
4. Поспішні висновки, як правило, змушують пацієнта зайняти оборонну позицію, що відразу ж зводить перешкоду для конструктивного змістовного спілкування.
5. Поспішні заперечення (або бажання вступити в суперечку) часто виникають при незгоді з висловлюваннями. Найчастіше людина не слухає, а в думках формулює заперечення і чекає черги висловитися. Потім захоплюється обґрунтуванням своєї точки зору і не помічає, що співрозмовник намагався сказати те ж саме.
6. Велика кількість запитань. Надмірно велика кількість запитань до певної міри придушує пацієнта, віднімає у нього ініціативу і ставить в оборонну позицію. Корисно поставити запитання для уточнення сказаного. Закриті запитання, які потребують конкретної відповіді, необхідно зводити до мінімуму.
7. Заява пацієнтові, що його почуття дуже зрозумілі. Доцільно прокоментувати це будь-яким іншим зауваженням, відповідним обстановці, давши пацієнтові зрозуміти, що він почутий правильно.
8. Зайва чутливість до емоцій пацієнта. Слухаючи сильно схвильованого пацієнта, треба бути обережним і не піддаватися впливу його почуттів, інакше можна пропустити зміст повідомлення.

**Таблиця 2.3. Приклади емпатичного слухання**

Приєм	Ціль	Техніка	Приклад
1	2	3	4
Повторювання	Спонукає до подальших висловлювань. Отримати додаткову інформацію	Після кожної фрази повторювати ключові слова	— Я не приймаю критики на свою адресу. — Критику? — Ну не те, щоб критику... і т.д.
Прояснення (уточнення)	Зрозуміти точний зміст сказаного. Отримати додаткову інформацію. Допомогти тому, хто говорить, визначити власну точку зору	Ставити запитання, звертатися із запитаннями	«Коли відбулось те, про що ви говорите?» «Поясніть мені ще раз» «Що ви маєте на увазі?»
Перефразування	Показати свою зацікавленість. Отримати додаткову інформацію. Перевірити точність розуміння сенсу сказаного та його інтерпретацію. Можна використовувати при довгій паузі для подальшого продовження думки та бесіди	Повторювати своїми словами сказане; переформулювати ідеї, думки, допущення і т.д.	«Іншими словами, ви вважаєте, що...» «Ви сказали, що...» «На вашу думку...» «Таким чином, якщо я правильно зрозумів, ви вважаєте, що...»
Відображення почуттів	Вербалізація власних почуттів і почуттів співрозмовника; дає можливість усвідомити свій емоційний стан; дозволяє зрозуміти почуття пацієнта	Звернути увагу на тон співрозмовника, виразити своїми словами почуття пацієнта	«Ви почуваете себе роздратованим (засмученим, збентеженим...) «Думаю, ви дуже виснажені...»
Визнання цінності	Визнати цінність спілкування з пацієнтом. Показати розуміння вами значення того, що він говорить	Визнати, що ви цінуєте почуття пацієнта та його зусилля, спрямовані на вирішення питань	«Я ціную ваше бажання вирішити дану проблему» «Я вдячний вам за серйозне ставлення до даної проблеми» «Вдячний вам за увагу та зусилля, які ви приділяєте»

**Закінчення табл. 2.3**

1	2	3	4
Резюмування (узагальнення)	Зв'язати фрагменти розмови в єдине ціле. Звернути увагу на досягнення. Визначити основу для подальшого вирішення проблеми. Доцільно в ситуаціях при обговоренні суперечок, різних позицій, для досягнення спільного рішення та думки	Ще раз сформулювати найбільш важливі думки та виражені почуття	«Ми з вами говорили про те, що...» «Обговорюючи це важливе та складне запитання, ми до сих пір розглядали...» «Вашими основними ідеями, якщо я правильно зрозумів, є...» «Якщо тепер підсумувати сказане вами...»

9. Непрохані поради зазвичай дають люди, не здатні надати реальну допомогу. Перш за все за допомогою рефлексивного слухання потрібно визначити, що хоче пацієнт: разом поміркувати, отримати будь-яку інформацію або конкретну допомогу.

10. Прикриття слуханням як притулком. Пасивні, невпевнені в собі люди іноді використовують слухання як можливість уникнути спілкування і самовираження. Вони не тільки не говорять, але насправді і не слухають. Вони утримуються від висловлювання своїх думок і почуттів через острах несхвалення або критики.

Існує низка додаткових технік ефективного спілкування, з якими при бажанні можна ознайомитися в літературі, яку ми рекомендуємо.

## 2.3. Окремі техніки комунікації

Чабан О.С., Хаустова О.О.

Техніки комунікації *підбадьорення* та *заспокоювання* дуже важливі для створення і зміцнення контакту лікаря та пацієнта. Підбадьорити пацієнта можна короткою фразою, що означає згоду та/або розуміння, спонукає продовжити розповідь. Наприклад: «Продовжуйте», «Так, розумію», «Добре» і т.п. Досить поширена для вираження схвалення реакція: «Ага», «М-м-м». У перекладі на мову слів це означає б: «Продовжуйте, я перебуваю з вами, я уважно слухаю вас». Підбадьорення висловлює підтримку — основу контакту.

*Заспокоювання* разом із підбадьоренням дозволяє пацієнтові повірити в себе і ризикувати, випробовуючи нові способи поведінки. Це теж короткі фрази лікаря, що виражають згоду: «Дуже добре», «Не хвилюйтеся через це», «Ви вчинили правильно», «Час від часу кожен відчуває себе так само», «Ви маєте рацію», «Це буде нелегко», «Я не впевнений, проте думаю, що ви можете спробувати», «Я знаю, що буде тяжко, але ви не тільки можете, але і зобов'язані це зробити» і т.д.

Однак помилкою заспокоювання є, коли лікар пропонує себе як опору для неспокійного пацієнта. Це обмежує його можливості самостійно вирішувати свої проблеми, а за умови надмірного та занадто частого використання навіть створює залежність від лікаря.

Наступними техніками є *перифразування* та *узагальнення* як відображення змісту бесіди.

*Перифразування* має на меті: показати пацієнтові, що лікар дуже уважний і намагається його зрозуміти; унаочнити думку пацієнта, повторюючи його слова в стислому вигляді; перевірити правильність розуміння думок пацієнта. При перифразуванні необхідно дотримуватись певних правил. Перифразується тільки основна думка. Не можна спотворювати або замінювати сенс ствердження, а також додавати що-небудь від себе. Варто уникати папушництва, тобто дослівного повторення висловлювання пацієнта, бажано його думки висловлювати своїми словами.

В *узагальненні* виражається основна ідея кількох мало пов'язаних між собою тверджень або довгого і заплутаного висловлювання. Узагальнення допомагає систематизувати думки, згадати те, що було сказано, спонукає до розгляду значущих тем і сприяє дотриманню послідовності клінічної бесіди.

Ситуації, в яких найчастіше використовується узагальнення: коли лікар хоче структурувати початок бесіди, щоб об'єднати її з попередніми бесідами; коли пацієнт говорить дуже довго і заплутано; коли одна тема бесіди вже вичерпана і намічається перехід до наступної теми або до наступного етапу бесіди; при прагненні надати якийсь напрямок бесіді; в кінці зустрічі при прагненні підкреслити суттєві моменти бесіди і дати завдання на проміжок часу до наступної зустрічі.

*Відображення почуттів*, одна з провідних технік комунікації, тісно пов'язане з перифразуванням висловлених пацієнтом думок. Бажаючи відобразити почуття пацієнта, лікар уважно вислуховує його, перифразує окремі твердження, але орієнтується і на почуття. Відображення почуттів сприяє виникненню міжособистісного, емоційного контакту, тому що показує пацієнтові, що лікар намагається пізнати його вну-

трішній світ. Відображення почуттів передбачає їх розпізнання, тому необхідно звертати увагу не тільки на зміст оповідання пацієнта, але й на емоційний тон, позу, вираз обличчя. Слід враховувати всі емоційні реакції пацієнта — позитивні, негативні й амбівалентні; спрямовані на самого себе, інших людей і лікаря.

Отже, лікар зобов'язаний якомога повніше і точніше *ідентифікувати почуття, як свої, так і пацієнта*. Необов'язково відображати або коментувати кожне почуття пацієнта — будь-яка дія лікаря має бути доцільною в контексті клінічної бесіди.

Обов'язково звертати увагу на почуття, що викликають проблеми в спілкуванні або можуть підтримати пацієнта, допомогти йому. Часом треба допомагати пацієнтові контролювати свої почуття (як позитивні, так і негативні), особливо коли вони надто інтенсивні.

Лікар має навчитися свідомо створювати і використовувати *паузи (мовчання)* в клінічній бесіді, оскільки мовчання: збільшує емоційне взаєморозуміння лікаря та пацієнта; надає можливість пацієнтові усвідомити свої почуття, установки, цінності, поведінку; дозволяє пацієнтові зрозуміти, що відповідальність за ефективність клінічної бесіди лежить також на ньому. Паузи, особливо на початку бесіди, можуть висловлювати тривогу пацієнта, погане самопочуття, розгубленість через сам факт клінічної бесіди.

Але мовчання далеко не завжди означає відсутність реальної активності. Під час пауз пацієнт може шукати потрібні слова для продовження свого оповідання, зважувати те, про що йшла мова перед цим, намагатися оцінити виниклі під час бесіди здогадки.

Лікареві також потрібні паузи для обмірковування минулої частини бесіди і формулювання важливих запитань.

Мовчання може означати, що пацієнт і лікар сподіваються на продовження бесіди та демонструють повагу й терпіння дослухати один одного.

З іншого боку, суб'єктивно неприємна пауза може означати, що обидва учасники бесіди та вся розмова опинилися в глухому куті, але відбувається пошук виходу із ситуації, нового напрямку бесіди.

Мовчання в деяких випадках може бути опором пацієнта; тоді воно щодо лікаря має маніпулятивний зміст. (Пацієнт: «Сидітиму мовчки та подивлюся, чи вдасться йому (лікареві) зрушити мене».)

Паузи також виникають, коли бесіда є поверхневою, без обговорення найбільш важливих питань, які, однак, збільшують тривогу пацієнта. Однак мовчання іноді передбачає глибоке узагальнення без слів, воно тоді більш осмислене і красномовне, ніж слова.

Варто зауважити, що лікар повинен переривати порожнє мовчання, але не поспішати переривати продуктивне мовчання. Нагадуємо, що **лікар є менеджером діалогу, керує ним і завжди переслідує певну мету цього діалогу.**

Коли пацієнт замовкає та мовчання триває довго, доречно зауваження лікаря: «Ви, здається, дуже задумалися. Чи не хотіли б поділитися тим, що зараз відчуваєте?»

*Надання інформації* в клінічній бесіді дуже важливе, оскільки пацієнти ставлять лікареві найрізноманітніші запитання. Особливо істотні запитання, за якими криється тривога пацієнтів щодо свого майбутнього, здоров'я, наприклад: «*Чи зможемо ми мати дітей?*», «*Чи успадковується рак?*» Лікареві потрібно серйозно і добре обмірковувати відповіді на них, не можна перетворювати запитання в жарт, відповідати незв'язно або уникати відповіді. Бажано виявляти компетентність та уникати спрощень, щоб не втратити довіри пацієнтів і не збільшити їх тривогу.

Сутність *інтерпретації*, що формулюється як допущення, в тому, щоб не зрозуміле для пацієнта зробити зрозумілим. Дієвість інтерпретації теж визначається своєчасністю, готовністю пацієнта її прийняти. Найкраще інтерпретативні положення починати словами «*вважаю*», «*ймовірно*», «*чому б не спробувати подивитися так*» і т.п.

Гіпотетичний характер інтерпретацій аж ніяк не применшує їх цінності, якщо вони виявляються точними і прийнятними для співрозмовника.

У терапевтичних цілях лікарю час від часу доводиться вступати в *конфронтацію* з пацієнтом. Найчастіше протистояння буває спрямоване на подвійну поведінку пацієнта, що заважає йому бачити та вирішувати свої нагальні проблеми: виверти, «ігри», хитрості, вибачення, замилювання очей.

Конфронтація з пацієнтом не повинна бути агресивною і категоричною. Бажано використовувати фрази: «Мені здається», «Будь ласка, спробуйте пояснити», «Якщо я не помиляюся», які висловлюють певні сумніви лікаря і пом'якшують тон конфронтації.

Окремим варіантом конфронтації є переривання мовлення пацієнта. Якщо пацієнт змінив тему, лікар може втрутитися з зауваженням: «Я помітив, що ви змінили тему. Спеціально ви зробили це?» Більшість пацієнтів схильні піддаватися керівництву лікаря, тому постійне переривання породжує залежність, і тоді важко розраховувати на відвертість.

При використанні конфронтації необхідно: ретельно охарактеризувати зміст неадекватної поведінки пацієнта та її контекст, не вислов-

люючи все одночасно; детально викласти пацієнтові та його родичам наслідки суперечливої поведінки; необхідно допомогти пацієнтові знайти способи подолання його проблем. Конфронтація використовується з метою звернути увагу пацієнта на суперечності в його поведінці, думках, почуттях або між думками і почуттями, намірами і поведінкою і т.п. або ухилення пацієнта від обговорення деяких проблем; щоб допомогти побачити ситуацію такою, якою вона є насправді, всупереч уявленню про неї пацієнта в контексті його потреб.

Конфронтація не призначена для руйнування механізмів психологічного захисту пацієнта. Її не можна використовувати для задоволення потреб або самовираження лікаря. Конфронтація не може бути покаранням пацієнта за неприйнятну поведінку, оскільки тоді вона стає способом вираження ворожості з боку лікаря.

### ***2.3.1. Інші техніки заохочення пацієнта до співпраці з лікарем***

Існують інші техніки комунікації щодо побудови ефективних стосунків лікаря та пацієнта.

Неспецифічна підтримка в техніці взаємодії «лікар — пацієнт»:

— Рефлексивне вислуховування та кристалізація: «Якщо я вас правильно зрозумів, ви...».

— Емпатійна комунікація: «Я бачу, вам дуже сумно...» (*відображення*); «Я можу зрозуміти...» (*легітимізація*).

— Конкретні пропозиції підтримки: «Я тут, щоб допомогти вам...».

— Партнерство: «Давайте разом вирішимо...», «Нехай ви і я разом...».

— Повага: «Я дуже вражений...», «Я захоплений тим, як ви справляєтесь, але давайте...».

Достатньо ефективним є консультування *BATHE* (Stuart M., 1996):

— *Background* (інформація): «Те, що відбувається...»

— *Affect* (почуття): «Як ви себе відчуваєте...»

— *Trouble* (турбота): «Що вас турбує...»

— *Handling* (підтримка): «Як ви справляєтеся...»

— *Empathy* (емпатія): «Це має бути тяжко...»

Не менш ефективною є формула взаємодії з пацієнтом методом *TACCT*, що складається з 5 кроків (Cole S., 2001):

— *Tell* (скажіть) — надайте базову інформацію про хворобу.

— *Ask* (запитайте) — поцікавтесь про проблеми, що турбують пацієнта (когнітивні/емоційні).

— *Care* (догляньте) — розвивайте взаєморозуміння, реагуйте на емоції пацієнта.



— **Counsel** (порадьте) — надайте інформацію щодо проблем і поясність модель їх вирішення (психологічна просвіта).

— **Tailor** (виконайте) — обговоріть прагматичний план, прийнятний для пацієнта.

Як поліпшити комунікацію з пацієнтом? Чотири поради:

1. Використовуйте прості слова.  
2. Користуйтеся наочними матеріалами, щоб пояснити складні поняття.

3. Не забувайте про жести, міміку.

4. Просіть пацієнта повторити, що він зрозумів.

## 2.4. Мотиваційне інтерв'ю

Чабан О.С.

*Мотивація* (від лат. *movere* — «рухати») — підштовхування, спрямування, спонукання до якоїсь дії чи послідовних дій; це одночасно певний процес, що керує поведінкою людини, впливає на її зібраність, організованість та активне досягнення мети, здатність задовольняти якісь свої чи інші потреби та прагнення.

*Мотиваційне інтерв'ю (MI)* — особлива техніка клінічного інтерв'ю, під час якого лікар виступає не «диктатором», а радником та певним помічником щодо тих змін поведінки пацієнта, які ведуть до основної мети лікування — одужання чи покращення його стану, висловлює та демонструє безумовне прийняття пацієнта, причому основна роль у такій взаємодії делегується пацієнту.

Термін «мотиваційне інтерв'ю» ввели в наукову та практичну медицину двоє американських вчених — W.R. Miller та S. Rollnick (1991).

Цей термін та техніка спочатку застосовувались виключно щодо пацієнтів з проблемами залежності від психоактивних речовин (ПАР), в першу чергу від алкоголю.

Проте з часом інтерв'ю, яке будувалося на принципах партнерства та мотивувало пацієнта на зміни в житті і лікуванні, набуло поширення в інших сферах медицини для роботи з пацієнтами з низькою прихильністю до терапії.

Тому розуміння та вміння будувати комунікативну роботу з пацієнтом будь-якого профілю з технікою мотиваційних змін стає все актуальнішою.

Мотиваційне інтерв'ю ефективне у виробленні дієвої прихильності пацієнта до терапії та його мотивації на зміну якості життя, в навчанні пацієнта подоланню життєвих проблем (у тому числі пов'язаних не лише зі здоров'ям) та у психотерапії. Також воно сприяє успішній діяльності лікаря та протидіє формуванню синдрому емоційного вигорання лікаря.

#### **2.4.1. Визначення, загальні вимоги та цілі мотиваційного інтерв'ю**

*Мотиваційне інтерв'ю* — це вербальна клінічна інтервенція з особливим акцентом на спонукання пацієнта змінити поточну поведінку на кращу. Завданням мотивуючої бесіди є посилення особистісного «Я» пацієнта та підкріплення прихильності до лікування через виявлення чи пояснення пацієнтові власних можливостей, здатностей до позитивних змін в атмосфері прийняття та співпереживання (Rollnick & Miller. *Motivational Interviewing*, 3<sup>rd</sup> edition. 2013).

Отже, мотиваційне інтерв'ю розуміють як техніку короткострокової допомоги, що ґрунтується на прийнятті пацієнта, уникненні суперечок, хибних переконань, задля позитивних змін його поведінки; поєднання найефективніших і водночас простих прийомів ведення бесіди (запитання, слухання, підведення підсумків і підтримка), використання яких визначається основними принципами і завданнями методу.

Сенс такого інтерв'ю в тому, що більшість пацієнтів самі знають, що потрібно змінювати у власному житті, лікуватися та щось робити з власною проблемою.

Отже, лікар веде бесіду так, що пацієнт все більше відчуває самостійність у прийнятті власних рішень Лікар підбадьорює та заохочує успіх пацієнта в прийнятті рішень (змін у житті, ставленні до лікування, баченні власної перспективи тощо). Лікар допускає позицію пацієнта (навіть неправильну) щодо власного лікування або навколomedичної проблеми, але проговорює можливі альтернативні думки, тим самим підштовхуючи пацієнта до правильного самостійного вибору.

Метою мотиваційного інтерв'ю є вивчення та подолання амбівалентності пацієнта, ініціація та фіксація якісних конструктивних змін у поведінці пацієнта.

Поетапність роботи з пацієнтом у межах мотиваційного інтерв'ю вперше була описана Prochaska та DiCemente (1986) і поширена описом практичного використання низкою інших авторів.

Отже, пацієнт в інтерв'ю надає інформацію щодо власної проблеми зі здоров'ям, історії життя, своїх родичів та оточення. Знаходячись у соціальній ролі хворого, він може бути відкритим або закритим (го-

товим чи не готовим до терапевтичного союзу), чинити чи не чинити опір втручанням лікаря.

Представлення себе лікарю у пацієнта може бути в діапазоні: реальний, симулятивний, дисимулятивний, некритичний. Лікар в інтерв'ю збирає інформацію щодо проблеми та історії життя пацієнта, його родичів та оточення, одночасно оцінюючи його домінуючу соціальну роль (у тому числі пацієнта). Лікар створює терапевтичний союз, оцінюючи реальність — симуляцію — дисимуляцію — некритичність пацієнта, а також його відкритість — закритість (готовність — неготовність до терапевтичного союзу).

Мотиваційне інтерв'ю — це розуміння цих етапів і фахова оцінка, використання їх для формування самомотивації пацієнта на певну поведінку, спрямовану на критичне самоусвідомлення себе в хворобі, прийняття правильних висновків щодо власної поведінки, ставлення до лікування та змін стилю життя, направлених на досягнення успіху у лікуванні. В основу мотиваційного інтерв'ю закладена ідея **взяття пацієнтом відповідальності за процес лікування на себе**. Мотиваційне інтерв'ю передбачає ситуацію, що пацієнт сумнівається та стоїть перед вибором, що йому робити. Лікар озвучує сумніви пацієнта та створює довірливу атмосферу, в якій пацієнт може та хоче висловити свої сумніви і думки щодо лікувально-діагностичного процесу.

### *Приклад у вигляді короткого діалогу лікаря і пацієнта*

Преамбула: у пацієнта є серцево-судинна проблема, і водночас він багато палить. Лікар в цьому інтерв'ю пробує мотивувати пацієнта на відмову від паління, яке стоїть на заваді ефективного лікування його проблеми. Інтерв'ю побудоване лікарем на принципах мотиваційного інтерв'ю.

**Лікар:** Я впевнений, що ви вже думали з цього приводу і, мабуть, знаходили аргументи, чому необов'язково кидати палити?

**Пацієнт:** Так, мій батько палив все життя, і нічого з ним не сталося, і зараз палить і не хворіє на серце.

**Лікар:** Я точно можу назвати ще якихось людей, які палять і не мають поки що проблем з серцем. Але скажіть, що ви думаєте не про цих людей чи власного батька, а про себе в зв'язку з цією проблемою?

**Пацієнт:** Може, дійсно я надто багато палю? Я читав, що паління та інфаркт якимось пов'язані між собою... Але чому тоді його не було у батька?

**Лікар:** І чому? Як думаєте?

**Пацієнт:** Можливо, інші гени? Чи те, що він фізкультурою займається, а я ні.

**Лікар:** А ваш батько чимось хворіє?

**Пацієнт:** У нього легеневі проблеми. Постійно на курорти їздить.

**Лікар:** Як думаєте, його проблеми пов'язані з палінням?

**Пацієнт:** Мабуть. Так, звичайно...

**Лікар:** А ваші?

**Пацієнт:** Мабуть, також. Тільки «вистрілили» в інший орган...

**Лікар:** Так що тепер скажете про паління у вашому житті?

**Пацієнт:** Я подумаю...

У наведеному діалозі лікар сам «дозволив» пацієнтові сумніватися в звичних для цієї патології рекомендаціях, створив атмосферу довіри, в якій пацієнт, як і кожен, хто стоїть перед дилемою щось кардинально змінювати в своїх звичках, озвучив те, що крутилося в його голові, і замість звичних жорстких, хоча і правильних рекомендацій м'яко підштовхував пацієнта до роздумів щодо рекомендацій, породжував сумніви в аргументах пацієнта не змінювати свої звички і залишав за пацієнтом право вибору. У цій ситуації навіть те, що пацієнт пообіцяв подумати на цю тему, вже є успіхом і хорошою базою для повернення до цього діалогу при наступних зустрічах. Якщо при наступних інтерв'ю, які будуть проведені в мотиваційному ключі, пацієнт прийме рішення, «дозріє» до самостійності цього рішення про зміну власної поведінки — ефект буде значно кращим, ніж прості лікарські рекомендації, тим більше, якщо вони не були побудовані на залякуванні пацієнта негативними наслідками його паління.

Загальними вимогами до мотиваційного інтерв'ю вважаються: *вербальна комунікація* (активне слухання; увага на утриманні суті бесіди; увага на деталях; уточнюючі запитання; перепитування, інтерпретація слів пацієнта; мовчання як знак згоди або незгоди; уточнення, що пацієнт усе розуміє правильно); *невербальна комунікація* (активна мова тіла; прямий погляд і зоровий контакт; рухи головою; міміка, жести та дотик; правильне розташування лікаря щодо пацієнта; поза та міжособистісна дистанція); *емпатія* (прислухайтесь до своїх відчуттів; прагнення до розуміння почуттів пацієнта; вербалізація відчуттів і почуттів пацієнта).

Мотиваційне інтерв'ю використовується для того, щоб сформувані у пацієнта бачення несумісності його поведінки: люди прагнуть змінювати свою поведінку, коли вони чітко бачать невідповідність між своєю теперішньою поведінкою і ширшими (більш важливими) життєвими цілями і можливостями.

Лікар може допомогти пацієнтові усвідомити протиріччя на різних рівнях — фізичному і духовному і в різних сферах — взаємин і поведінки.

Для цього важливо розуміти не тільки цінності пацієнта, але й цінності спільноти. Наприклад, зневажливе ставлення до проблем власного здоров'я, пов'язаних з цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою чи вживанням наркотиків може суперечити власним цінностям пацієнта; воно може суперечити цінностям оточення; може конфліктувати з духовними цінностями та релігією або з цінностями родини клієнта.

Протириччя можна розкрити шляхом протиставлення деструктивної поведінки важливості, яку сам пацієнт надає, наприклад, своїм взаєминам з сім'єю, релігійною групою або найближчим оточенням. Причому не рекомендується висувати аргументи, що суперечать думці пацієнта, навіть якщо він взагалі заперечує або недооцінює свої проблеми. Пряме протистояння і переконання пацієнта в чомусь найчастіше призводять до опору і захисту з його боку («стіна» не пробивається, а обходиться).

Отже, розмова повинна проходити м'яко, ненав'язливо і ґрунтуватися на тому, що рішення про зміну способу життя завжди приймає сам пацієнт.

Для лікаря в процесі мотиваційного інтерв'ю важливо вміти слухати та розуміти пацієнта, полегшити вербалізацію його переживань. Лікар має створювати та дотримуватися рамок інтерв'ю (не дозволяти дезорганізовувати ситуацію інтерв'ю пацієнтові); проводити діагностичне переконання в хибності думок пацієнта; узагальнити результати інтерв'ю: висновок, неподолані проблеми пацієнта, незрозумілі і неясні моменти його життєвої історії; встановити завдання на наступні інтерв'ю.

Важливо бути (стати) цікавим для пацієнта, емпатійним, співпереживаючим та зацікавленим. Бути критичним до почутого (сумніватися), контролювати себе і не робити інтуїтивних діагностичних висновків, розуміти, що почуте — це лише одна точка зору, та не осуджувати пацієнта.

На ефективність мотиваційного інтерв'ю впливають певні чинники: готовність (неготовність, небажання) пацієнта до інтерв'ю; готовність (неготовність, небажання) терапевта до інтерв'ю; психічний розлад та особистісні особливості пацієнта; особливі рамки перебування пацієнта (психіатричний стаціонар відкритого-закритого типу, примусове лікування, психосоматичний); забезпечення інтимності інтерв'ю (в тому числі комфортність для пацієнта); зовнішні фактори (диктофон, телефон, стільниковий телефон, відеокамера); час (коли? скільки часу? повторність); випадковість; технічні помилки.

Значущими є час та місце проведення мотиваційного інтерв'ю. Необхідно раціонально використати час інтерв'ю, не допускається запізнення або прихід раніше.

Інформативне інтерв'ю зазвичай триває 30–45 хвилин, а робота з психотичним пацієнтом варіює від 15 до 60 хвилин. Для пацієнта в процесі інтерв'ю значущі інтимність і захищеність місця інтерв'ю, рівність ситуації бесіди (однакові стільці, бар'єри, віддаль) та мільо-ефект (вплив дизайну оточення: колір стін, меблі, запахи тощо).

#### **2.4.2. Основні положення мотиваційного інтерв'ю та його відмінності від інших технік комунікації з пацієнтом**

Відповідно до техніки мотиваційного інтерв'ю, пацієнт сам приймає рішення щодо свого здоров'я та способу життя. Лікар виявляє амбівалентність думок та уявлень пацієнта щодо його життя у хворобі та спрямовує хід клінічної бесіди на її подолання.

Лікар постійно звертається до техніки реверсу, тобто озвучує думки та сумніви пацієнта, що мають деструктивний характер. Причому ззовні це виглядає як невимушена бесіда. Найбільш важливим, ключовим моментом мотиваційного інтерв'ю є те, що у пацієнта виникає мотивація, але при цьому вона не є нав'язаною оточуючими, у тому числі його рідними.

Тобто, якщо розуміти основу ефекту МІ, це вміння лікаря зрозуміти, виявити та зіштовхнути методом посилення когнітивного дисонансу у пацієнта його прагнення, ідеали, мотиви, навіть таємні бажання та форми його поведінки, які призвели до зупинки на його шляху досягнень всього, що згадувалось вище. Одночасно це і переосмислення ним цінності власних прагнень і значимості зміни способу життя для досягнень.

Таке інтерв'ю є альтернативою звичній клінічній бесіді, у якій поведінкові методи лікаря ґрунтуються на переконанні, примушенні, конструктивній конфронтації (втрата здоров'я, втрата сім'ї тощо), покаранні (погроза відмовити в лікуванні, перевести в інший заклад) або змові з родиною пацієнта. Навпаки, мотиваційне інтерв'ю — це вибір не директивного, а партнерського, дорадчого, супроводжувачого стилю.

Мотиваційне інтерв'ю, ґрунтуючись на принципах побудови мотивації до змін, орієнтоване на партнерство, прийняття, співчуття та втілення.

1. Партнерство: мотиваційне інтерв'ю проводиться для пацієнта та з пацієнтом, не над ним чи для нього.

2. Прийняття: безумовна цінність особи пацієнта, емпатія, підтримка автономності, підтвердження.

3. Співчуття: активне сприяння благополуччю пацієнта, пріоритетна увага до його потреб.

4. Втілення: стимулювання, а не нав'язування пацієнту аргументів щодо змін.

До ключових моментів МІ варто віднести такі положення: саме пацієнт (а не лікар) повинен сформулювати і подолати власну амбівалентність щодо медичного втручання або способу життя. Завданням лікаря є допомогти пацієнту висловити (проговорити) обидві сторони амбівалентності та спрямувати його до прийняття рішення щодо зміни поведінки.

Лікар має уникати порад та прямого переконання. Тобто лікар має не допомагати (така спокуса виникає одразу, і її доволі складно контролювати), а надати пацієнту інформацію так, щоб у нього виник привід для роздумів; ініціювати його внутрішній діалог. Для цього інформація повинна зацікавити пацієнта та бути розмаїтою, нести в собі знання для змін в його поведінці та діях.

Лікар у жодному випадку не вступає у відкритий конфлікт з пацієнтом, наполегливо рекомендуючи йому звичне для лікарів: «Ви повинні негайно кинути палити!», «Ваша надлишкова вага — це ризик цукрового діабету, інфаркту», «Якщо ви не займетеся фізкультурою, ваша хвороба стане некерованою» тощо.

В МІ суперечки, конфронтація заборонені.

Стиль поведінки — повага до пацієнта, навіть з його згубними звичками та стилем життя, та створення альтернативної думки, яка повинна прозвучати з уст лікаря або навіть самого пацієнта: «Як ви думаєте, ваша надлишкова вага може мати якийсь відношення до вашої хвороби?»

Часто у лікаря виникає велика спокуса швидко допомогти, тому що він добре і чітко розуміє проблему пацієнта, і тим самим він випускає з уваги, що не в ньому та його розумінні справа, а справа в пацієнті, який вже сотні разів чув ці поради, але так і не дійшов сам до їх усвідомлення. Таким чином підмінюється розуміння лікаря на розуміння пацієнта; простим переливанням з однієї голови в іншу нічого не досягти. Така «допомога» стає неефективною і ні до чого не призводить, лише до усвідомлення пацієнтом, що лікар фальшиво виконує «обов'язкову програму» на тему «здорове життя».

Робота лікаря з проявами емпатії, включення в переживання пацієнта та власне емоційне реагування на біль та страждання пацієнта завжди задіюють позасвідоме бажання опікати пацієнта, брати на себе більшу відповідальність, бажання швидко та правильно вирішити за пацієнта його проблеми. Тим більше, коли ці проблеми настільки зрозумілі лікареві.

Miller, Benefield, Tonigan та Rollnick у 90-х роках у своїх дослідженнях щодо МІ показали, що подібні дії лікарів викликають у їх пацієнтів лише опір, протилежні рекомендованим лікарями дії та, власне, нівелюють усю терапію.

З іншого боку, вміння проявити емпатію, висловлювати співчуття та підтримку пацієнту зі сторони медичних працівників запускає стереотипну реакцію зі сторони пацієнта: «Мені тут комфортно, значить, тут я в надійних руках». Дійсно, створення довіри на підставі психологічного комфорту — фундамент тривалих взаємовигідних стосунків пацієнта та лікаря.

При використанні техніки мотиваційного інтерв'ю важливо створити у пацієнта відчуття спокою та безпеки, розслабити його, дати відчуття, що його поважають, чують і сприймають серйозно, готові надати йому інформацію та підтримку, потурбуватися про нього і разом з тим спробувати розібратися не лише в його хворобі, а й у житті, і це не формальність чи просто допитливість. Діалог про життя пацієнта створює ефекти «озаріння»: «Так ось де може бути проблема! Як ви думаєте, це могло вплинути на ваше здоров'я?» За такими запитаннями та відповідями пацієнта, як правило, стоять можливі плани та бажання зміни його власної поведінки. Лікар тепер готовий бути порадником, як це можна і потрібно правильно робити.

Тобто мотиваційне інтерв'ю обмежується підведенням пацієнта до прийняття рішення, без вказівки на безальтернативні дії.

Варто зауважити, що МІ ні в якому разі не можна розглядати як хитру маніпуляцію лікаря. Це примітивне уявлення. Врешті-решт, маніпуляція — це завжди особиста вигода за рахунок когось. Тут же об'єктом МІ є здоров'я та якість життя пацієнта.

МІ — це міжособистісна лікувальна взаємодія, стиль та техніка мотивації, звернена до ресурсів та можливостей самого пацієнта, і вона, як ніяка інша техніка мотивації, відповідає поняттю «терапевтичний альянс» на протигагу поняттям «комплаєнс» та «адгерєнс».

Мотиваційне інтерв'ю є чудовим балансом людських комунікативних взаємодій в принципі, міжособистісних взаємодій та певного інтуїтивного стилю поведінки, які надійно залучають співрозмовника до правильних дій та змін його життя. Це навіть своєрідна філософія змін життя людини, її екзистенційне усвідомлення.

Зміст мотиваційного інтерв'ю передбачає:

- розуміння, співчуття та емпатичне співпереживання пацієнту;
- виявлення протиріч у його житті, сумнівів щодо цих протиріч;
- роботу з когнітивним дисонансом пацієнта;



- уникнення прямих вказівок, а тим більше переконання та суперечок з ним;
- уникнення прямих доказів та зіштовхування його уявлень з медичними доказами, які для пацієнта не є переконливими;
- заохочення пацієнта до роздумів, сумнівів щодо раніш стереотипного та незмінного життя;
- зменшення супротиву;
- підтримка та заохочення до озвучення та прийняття рішень, висновків, які передбачають нові зміни поведінки;
- розвиток самостійності у пацієнта щодо наступних власних дій, спрямованих на зміни.

Якщо аналізувати деякі зі складових МІ, то варто зупинитися на розумінні співпереживання лікаря пацієнту. Слід розуміти, що в цьому випадку співпереживання — це не просто емпатія та альтруїзм. Це, скоріше, увага та спроба зрозуміти ті частини життя пацієнта, які є для нього важливими і значимими. Цього можна досягнути уважним та вдумливим вслуховуванням в його відповіді та розповіді, до того ж це передбачає певні витрати часу на вислуховування пацієнта без втручань у його розповідь, достатню увагу до кожного вислову та емоційності цього вислову з аналізом того, що саме мав на увазі пацієнт у цьому випадку і чому це звучить саме зараз і саме в такому аспекті та з такими емоціями. По суті, пацієнти своїми розповідями завжди надають лікарю хороший матеріал для використання в МІ. Його лише потрібно почути і взяти до уваги.

Важливою в цьому випадку стає спроба стати на місце пацієнта та прожити частку його життя, побачити та відчувати світ очима пацієнта, зрозуміти його ставлення до себе та оточуючих. Це далеко не просто, але надасть вельми цінний матеріал для подальшої ефективної роботи з пацієнтом.

Переживання пацієнта приймаються лікарем без моралізації, осуду, критичного ставлення та демонстрації всього цього, тим більше без звинувачення, сарказму та іронії.

Пацієнт у ситуації МІ повинен відчувати, що його сприймають серйозно, як рівного, та розуміють або намагаються зрозуміти. Власне, це і буде крок до його саморозкриття та формування ширих і правдивих стосунків, які мають відношення до його життя і хвороби, на цьому шляху.

Подібні дії лікаря дозволяють швидко й ефективно визначитися з мішенями та потребою в медичній допомозі, правильно розподілити час та послідовність терапевтичних дій.

Лікар, який працює в такій техніці, ні в якому разі не ставить за мету сподобатися пацієнту, стати для нього беззаперечним авторитетом. Він не орієнтується у своїй поведінці на згоду з усім та кивання головою на все, що говорить пацієнт, особливо коли йдеться про його явно деструктивну поведінку.

Саме поважливе вислуховування пацієнта вже надає хорошу мотивацію до саморозкриття та розуміння мотивів і поглядів пацієнта на його життя, і це добра основа розуміння лікарем готовності пацієнта до змін його життя і перспектив здоров'я, пов'язаних з цими змінами.

Співпереживання повино бути основою спілкування, тому що саме воно буде забезпечувати пацієнту підтримку на період важливих змін тактики та стратегії його життя в процесі змін його поведінки в терапевтичній взаємодії.

Надалі лікар переходить до підтримки та заохочення, розвитку самостійності пацієнта в його діях щодо змін та реалізації задуманого.

Віра пацієнта у самого себе і в те, що його дії дійсно ефективні, що вони реально можуть значно впливати на його здоров'я — це вельми важлива складова, яка забезпечує успіх в його одужанні чи значимій стабілізації здоров'я.

Основне завдання лікаря — стимулювати у пацієнта самоусвідомлення власних можливостей та амортизаційних властивостей, резервів та сил до зміни, підтримувати та плекати надію та віру в успіх, довіру до самого себе, що він зможе багато досягнути власними зусиллями і навіть передати іншим свої «відкриття».

Усе це дозволяє пацієнту усвідомити власну значимість у своїй долі і можливість впливати на неї, а не бути пасивним спостерігачем. Підтримка досягнень пацієнта, виявлення його сильних сторін, які змінюють його життя, стають важливою складовою подальшої роботи з ним не лише для подолання нинішніх проблем зі здоров'ям, а й для вирішення інших життєвих проблем, навіть не пов'язаних з його здоров'ям. А це вже буде впливати на якість його життя: стан його здоров'я буде лише часткою загальної індивідуальної оцінки цього поняття.

### ***2.4.3. Проведення мотиваційного інтерв'ю***

Основні рекомендації з організації бесіди з пацієнтом:

- створіть атмосферу співпереживання;
- встановіть і підтримуйте хороший контакт з пацієнтом;
- вислуховуйте пацієнта і демонструйте йому, що намагаєтесь розуміти його поведінку, мотиви і персональну ситуацію;

— впорядкуйте те, що говорить пацієнт, щоб допомогти йому розібратися;

— долучайте в розмову альтернативи рішення його проблеми і обговорюйте їх з пацієнтом;

— залишайте за пацієнтом право вибору на підставі ретельного аналізу того, як краще вчинити.

Основні прийоми мотиваційного інтерв'ю за першими літерами складають абревіатуру **OARS**: відкриті запитання (**O**pen questions); заохочення та підтримка (**A**ffirmation); рефлексивне слухання (**R**eflective listening); підсумовування (**S**ummarizing).

Відкриті запитання допомагають почати інтерв'ю, деталізувати та збагатити його, встановлюючи конкретні факти з життя клієнта. Вони відіграють ключову роль при всебічній оцінці проблеми; перше слово деяких відкритих запитань часто визначає характер висловлювань пацієнта. Такі запитання можуть бути використані для того, щоб контролювати відчуття комфорту та темп ведення мотиваційного інтерв'ю.

Для лікаря в процесі інтерв'ю важливо зрозуміти: для кого чи для чого пацієнтові потрібно лікуватися? що буде найкраще для мотивації саме для цієї мети?

Отже, перш ніж переходити до варіантів зміни поведінки пацієнта, спробуйте прояснити для себе непросте питання: він лікується для когось (дружина, діти, робота — «Це їм потрібно») чи для себе («Це потрібно мені»).

У ситуації, коли немає вибору, будь-які мотиви для початку істинної мотивації є хорошими. Мистецтво лікаря — перевести пацієнта з формальної мотивації на істинну або найбільш ефективну.

У жодному випадку не варто опускати руки, навіть якщо первинна мотивація (дружина, робота) хоча формальна, але ефективна. Завжди потрібно шукати інші способи мотивації.

Тих, кого не можна переконати, не буває. Просто до кожного складно підібрати мотиваційний ключ. Але він завжди існує. Лікар не може створити мотив, як і проживати життя пацієнта, він може лише впливати на формування мотиву (Ільїн І.П., 2001).

В основі сучасного мотиваційного інтерв'ю лежить модель «поетапних змін» С.С. DiClemente, J.O. Prochaska, розроблена в 1980-х роках.

Ключовою концепцією є «готовність до змін», внутрішній стан пацієнта та його чутливість до зовнішніх факторів. Завданням лікаря є розуміння через рефлексорне слухання, прийняття та стверджувальні висловлювання, прояснення та підхоплення, підтвердження самостій-

них мотиваційних стверджень пацієнта або роздуми та сумніви на цю тему підтвердження самостійності вибору та свободи волевиявлення пацієнта (Аусті Л., 2002).

Основа впливу на мотивацію — клінічна бесіда. Мотивуючі бесіди розроблені спеціально, щоб допомогти пацієнтам прийняти позитивне рішення про участь у терапії (Брінк Ван ден В., 1999).

Мотивуючі бесіди ґрунтуються на *беззастережному прийнятті та конструктивній самоконфронтації*. Беззастережне прийняття — це позитивне ставлення до пацієнта, вселення надії підтримки, визнання і повага до його вибору. Конструктивна самоконфронтація на початкових фазах бесіди ґрунтується на директивності, коли лікар сам вибірково ставить запитання, робить огляд та резюмує, направляючи пацієнта або надаючи йому інформацію. Лікар першочергово підкреслює моменти бесіди, що є самомотивуючими для зміни установок пацієнта.

Головні вимоги до конструктивної самоконфронтації — ставити відкриті запитання, слухати, роздумувати та систематизувати, даючи коротку характеристику отриманій від пацієнта інформації.

До мотиваторів належать (за Лічко А.Є., 1991): моральний контроль (моральні принципи); переваги (зацікавлення, нахили); зовнішня ситуація; власні можливості (знання, уміння, якості); власний стан на даний момент; умови досягнення мети (затрати зусиль та часу); наслідки своїх дій.

Пацієнт, який *опирається мотиваційному впливу*, демонструє такі варіанти поведінки: *суперечку* (виклик, недовіра, агресія, злоба); *неривання* (постійні вставки, обривання розмови, замовчування); *заперечення* (звинувачення, непогодження, виправдування, декларація, відсутність небезпеки, применшення, песимізм, небажання змінюватися); *ігнорування* (неуважність, неправильні відповіді, «мимовідповіді», відсутність відповіді, відволікання, перехід на інші теми, недоречні жарти на цю тему).

Потрібно розуміти, що зміни та рішення пацієнта про зміну власної поведінки ніколи не мають лінійного характеру. Для них, цих змін, властива циклічність та властивість повернення на попередні щаблі роздумів і дій пацієнта.

Стадії, або щаблі, цих змін за W.R. Miller, R.G. Sovereign (1989):

- стадія попередніх роздумів, сумніви;
- стадія прийняття рішення;
- стадія дії;
- стадія підтримки;
- стадія рецидиву.

*Стадія підтримки* вважається найважливішою, оскільки в ній пацієнт потребує не лише підтримки медичного персоналу, але й значущих для нього людей. Пацієнт зазвичай проходить кілька циклів, перш ніж фіксується на стадії підтримки. Він, як правило, може в будь-який момент перейти на більш ранню стадію або, навпаки, після роздумів «піднятися на щабель вище». Зрозуміло, чим рідше він мігрує між стадіями та чим вище піднімається по цій спіралі, тим більш імовірно досягнути позитивного ефекту в результатах.

Початкова стадія, або перший щабель, мотиваційних змін, коли пацієнт ще не готовий співпрацювати з лікарем, — це *переднаміри*: невизнання наявності проблем із здоров'ям або проблем, що можуть впливати на здоров'я, хоча і погодження, що є проблеми із здоров'ям. Наступна стадія — *наміри*: пацієнт починає зважувати всі за та проти, вперше задумується про протиріччя та «нестиковки» у власних роздумах, що «можливо, сторонні люди та рідні говорять щось доцільне». *Рішення*: більш аргументовані для пацієнта рішення на зміну поведінки, інших факторів, пов'язаних з його хворобою, пошук виходу. *Дії*: реалізація рішення в реальному житті пацієнта, досягнення оптимальних змін (логічні, правильні та закономірні конкретні дії пацієнта). *Підтримка*: активна підтримка оточуючими дії пацієнта та його власна оцінка цієї підтримки. *Зрив*: повернення в початкову точку (перша стадія). Процес зміни поведінки є послідовністю стадій, проходження яких забезпечує пацієнтові набуття та закріплення поведінкових патернів.

На окремих етапах мотиваційного процесу проводиться постановка *мети* відповідно до етапу (Babor & Higgins-Biddle. WHO, 2001):

— *Дія*: подолання труднощів, що виникають при внесенні змін в поведінку пацієнта, пов'язану з лікуванням.

— *Підготовка*: розробка стратегій успіху чи подолання потенційних бар'єрів.

— *Намір*: узгодження поведінки з цінностями.

— *Підтримка змін*: підтримка досягнутого і постановка довготривалих цілей.

— *Зрив*: справитися з наслідками рецидиву.

— *Переднаміри*: усвідомлення проблеми.

Мотивації на різних стадіях процесу також різні (табл. 2.4).

Завданням лікаря є зрозуміти та підключитися до тієї стадії, на якій пацієнт перебуває: неусвідомлення, коливання, розуміння, дії. **FRAMES**-модель (DiClemente C.C., Prochaska J.O., 1982) спрямована на досягнення такого результату.

До основних принципів такої роботи відносяться: *зворотний зв'язок*, як повне та об'єктивне інформування про всі наслідки хвороби та їх обговорення; *акцент на особистій відповідальності пацієнта*, а саме: руйнування гри пацієнта в «хтось мені допоможе», «я ні на що не придатний», «я сам нічого не буду робити», «я хворий — от ви й лікуйте» та запровадження важливого посилу: «Це ваша проблема, і без вас її ніхто не вирішить»; *пропозиція порад* обов'язково з наданням вибору і відкрита дискусія щодо думки пацієнта, з позиції поваги та прийняття подібних думок без швидкого та оцінюючого фактора, без висловлювань лікаря на зразок: «Це повна дурня» чи «Де ви такого на читалися?!»; *пропозиція вільного вибору можливостей* в організації мети та методів досягнення змін; *емпатія*, тобто прийняття пацієнта з усіма його позитивними та негативними характеристиками; *спонукання до ефективною самореалізації* пацієнта.

Лікарєві у роботі з низькомотивованими пацієнтами варто активно уникати робити щось за пацієнта; не можна настирливо пропонувати йому якусь конкретну дію, поведінку, але потрібно покласти відповідальність за те, що відбувається, саме на пацієнта. Слід пам'ятати, що при залякуванні пацієнта негативними наслідками хвороби ефект, як правило, досягається дуже швидко, а його тривалість доволі низька.

Пацієнти психологічно не готові співпрацювати з жорсткими та безапеляційними лікарями, які їх лякають. З часом вони змінюють лікаря, тікають від того, хто примушує їх боятися.

**Таблиця 2.4. Мотивація відповідно до етапу мотиваційного інтерв'ю**

Стадія	Завдання лікаря
До розгляду питання	Викликати сумніви — підвищити сприйняття пацієнтом ризиків, пов'язаних з цією поведінкою (?)
Роздуми на цю тему	Змістити баланс — навести докази на користь змін, і що буде, якщо не змінювати поведінку. Підвищити самоефективність пацієнта для змін поведінки (+/-)
Прийняття рішення	Допомогти виробити найоптимальніший (для обох!) план для досягнення потрібних змін (+)
Дії	Підтримка та заохочення на шляху змін (+)
Підтримка	Відстеження прогресу, фіксація результатів. Повтор мотивів або їх зміна, якщо відбувається їх згасання (+/-)
Рецидив	Прийняття. Допомогти відстежити причини та роздуми до прийняття рішення. Підтвердження надії, незважаючи на рецидив (+/-)

При формуванні нової поведінки на підставі мотиваційного інтерв'ю та м'якого підштовхування пацієнта до самостійного прийняття рішення ефект змін в діях пацієнта не такий швидкий та безумовний. Але коли він досягається, його тривалість та рівень прихильності до терапії набагато кращі. Власне це єдиний шлях формування терапевтичного альянсу на відміну від просто комплайенсу. Ефект повільніший, але більш виражений і тривалий.

### **Принципи підвищення ефективності лікування через стратегію підвищення мотивації:**

1. *Емпатія.* Якщо лікар є хорошим фахівцем, він встановить діагноз досить швидко, дасть рекомендації на правильне лікування за кілька хвилин. При емпатії (емоційному співпереживанні, емоційному прийнятті пацієнта) просте вислуховування історії хвороби є лікувальним саме по собі: відбувається встановлення контакту на рівні зрозумілих та усвідомлених та/або позасвідомих факторів; формується система базової довіри; для пацієнта створюється ситуація можливості бути самим собою, а не відігравати неконструктивні для лікування ролі.

2. *Прояви співчуття.* Carl Rogers (1957, 1959) вказував, що важлива демонстрація поваги пацієнтові та активна підтримка права пацієнта на самовизначення та самоуправління. Значущою позицією, що підкреслює співчуття, є прийняття та вислуховування без засудження, критики та моралізації. Причому така поведінка лікаря не є підміною погодження та безумовним беземоційним прийняттям, а навпаки, відображає бажання зрозуміти позицію пацієнта та бути зрозумілим для пацієнта. Miller та Rollnick (1991) вважали, що при такому підході пацієнт відчуває свободу вибору щодо шляхів змін власного життя, а при засудженні його дій — миттєво формує систему заперечень та позасвідомого опору.

3. *Розкриття суперечностей.* Потрібно знайти суперечності між сьогоdnішнім життям пацієнта та серйозними мотивами щодо його майбутнього й прагнень, але не створювати конфронтацію та починати моралізувати. Важливо, що пацієнт повинен дійти до розкриття власних суперечностей сам.

4. *Уникнення.* Лікар повинен уникати дискусій, що швидко виводять на конкретні дії та рекомендації.

5. *Опір.* Опір пацієнта є сильним провокатором для лікаря, що може виявлятися: у бажанні сперечатися та доводити; перериванні; через заперечення (ні, це все не так); у ігноруванні. Лікар повинен уникати того, щоб його дії провокували і посилювали опір з боку пацієнта. Чим більше пацієнт виявляє опір, тим менш імовірно, що він буде змінюватися.

Стратегія роботи щодо зменшення опору полягає в «непротивленні опору», тобто треба відповідати на опір пацієнта, не вдаючись до прямого протистояння «хто кого», а, навпаки, усіляким чином виявляти розуміння та готовність розглядати проблему з точки зору пацієнта. Можна використати техніку психологічного айкідо — не опиратися висловлюванням пацієнта, а одразу погоджуватися з ними, але підштовхувати його до своєї ідеї. Лікар, відчуваючи опір, повинен змінювати тактику та стратегію власної поведінки в інтерв'ю. «Доєднатися» можна простим повторенням висловлювань пацієнта або перепитуванням, повторенням аргументів пацієнта, які той наводить як докази.

*6. Контроль.* Відчуття контролю (mastery) є однією з головних сил мотиву та надпотужно впливає на дух і стан пацієнта. Відчуття контролю та досягнення породжує позитивні емоції на відміну від відчуття нікчемності, відірваності, агресії та ворожнечі, безсилля та безпорадності.

Лікар може неусвідомлено впливати на відчуття контролю призначенням психотропних препаратів (у першу чергу транквілізаторів), тим самим зменшуючи можливості усвідомленого вибору пацієнта.

Робота з пацієнтом в мотиваційному напрямі передбачає постійну роботу самого пацієнта, який рухається в бік збільшення прихильності до терапії, можливо, ще невпевнено та нерішуче. У цій ситуації варто дати пацієнтові ключові моменти, над якими він може (не повинен, а саме може) подумати.

У рамках формування мотивації сам пацієнт має проговорити або прописати (навіть ефективніше) такі речі:

- Я хочу змінити наступне: <...>.
- Найважливіші причини цих змін: <...>.
- Кроки, які я збираюсь зробити для цих змін: <...>.
- Яким чином мені можуть допомогти люди: <...>.
- Я розумію, що мій план діє, коли: <...>.
- Що може завадити моєму плану: <...>.

Мотиваційне інтерв'ю не буде ефективно проведене у випадку, якщо лікар: не вірить в ефект лікування; постійно в дефіциті часу (немає часу на пацієнта); довіряє лише інформації від родичів пацієнта; не вважає за потрібне працювати на терапевтичний альянс з пацієнтом (у кращому разі формує тільки комплайєнс); самовпевнений і не враховує зміни вимог до лікування взагалі та методів лікування зокрема; працює з пацієнтом лише на біологічному рівні; цинік, неемпатичний; надмірно серйозний і безапеляційний; хронічно втомлений і незадоволений життям (виявляє нігілізм); сам не має моральної та фінансової мотивації; з власним



низьким рівнем якості життя; зловживає ПАР (найчастіше — алкоголь); виявляє синдром професійного вигорання (професійний дефект).

Існують певні ознаки того, що клінічна бесіда лікаря з пацієнтом проходить в стилі мотиваційного інтерв'ю. У таких випадках пацієнт говорить значно більше, ніж лікар; задумується та розмірковує над зміною поведінки; сам відповідає на свої запитання. Лікар ставить логічні запитання («*А ви як думаєте, якщо і далі ночами не спати, що буде відбуватися?*»). Мова лікаря повільна та спокійна, з вислуховуванням і відкритими запитаннями, що не викликає у пацієнта супротиву.

Потрібно також пам'ятати деякі психофізіологічні особливості сприймання та запам'ятовування.

Якщо ви хочете щось донести до пацієнта, то пам'ятайте, що інформація доходить до нього у таких відсотках: 30 % — те, що ви сказали; 60 % — як ви сказали; 10 % — які подали при цьому сигнали.

У спробі щось запам'ятати людська пасивна пам'ять (через 2 тижні) вибірково формує інформацію у таких відсотках: 10 % — те, що самостійно прочитали; 20 % — те, що почули; 30 % — те, що передавалося у вигляді ілюстрацій (картинки); 50 % — те, що побачили у фільмах, на виставках, самі спостерігали за реальними процесами. Активна пам'ять (участь в дискусіях, виступах) — 70 % того, що людина сама говорить, застосування власного досвіду, імітація реального досвіду та реальна робота — 90 % того, що ми говоримо та робимо. Мотиваційне інтерв'ю якраз передбачає роботу саме з найефективнішими способами запам'ятовування пацієнта, оскільки постійно звертається до його власного досвіду та реальних дій.

До процесу проведення мотиваційного інтерв'ю лікар залучає психологію впливу та психологію переконання. Відповідно до психології впливу лікар має бути зацікавленим в тому, що відбувається між ним і пацієнтом; не «давати» на пацієнта, оскільки його сумніви — це нормально; дати пацієнтові можливість спочатку відповідати односкладово: «так», «ні»; періодично відхилятися у бік особистого життя пацієнта, його досвіду та переживань; уникати конфронтації; використовувати рефреймінг; уникати розмовляти через стіл, проводити пацієнта до дверей, тиснути йому руку; просити медсестру зателефонувати пацієнтові додому для моніторингу або вирішення інших медичних питань.

Психологія переконання, в свою чергу, передбачає створення ситуації прийняття рішення пацієнтом у вигляді альтернативи як відповідь на запитання («*А як ви думаєте, скільки часу вам потрібно приймати препарат?*») замість безапеляційної фрази («*Препарат буде прийма-*

*ти постійно»*). У процесі переконання варто підключати емоції, як свої, так і пацієнта.

Але пам'ятайте, що негативні емоції забезпечують швидке прийняття рішення, але однозначно з позиції авторитарності та домінування над пацієнтом. У результаті рішення пацієнта нестійкі у часі, він опирається авторитарності та відчуває безвихідь. Тому нерідко залишає лікаря, який постійно лякає.

Навпаки, позитивні емоції — це не миттєве прийняття рішення, але краща основа для створення партнерських взаємин, стійких у часі.

Лікар має демонструвати 100 % уваги до пацієнта своїми вербальними та невербальними сигналами (дивитися у вічі, не відволікатися на папери та людей, тон голосу, жести, міміка). Дуже корисно наводити докази на підставі параклінічних даних, делегувати пацієнтові прийняття рішення, час від часу відсилаючи його до альтернативних джерел інформації (у першу чергу — Інтернет), з подальшим обговоренням того, що він «накопав», роз'ясненням та підштовхуванням до спільного прийняття рішення. При цьому потрібно оперувати даними, які є більш важливими доказами для пацієнта.

Коли лікар веде клінічну бесіду, він керівник і конструктор мотиваційного інтерв'ю. Він фокусується на фактах, говорить про проблему в даний час, пояснюючи, малюючи (наприклад, графік), без емоційної інтерпретації; демонструє впевненість, але дає можливість пацієнтові ознайомлення з іншою інформацією; демонструє повагу до пацієнта та почутого, в тому числі до особистості дітей і підлітків; рівноцінно спілкується з пацієнтом та його родичами (за змістом і часом), до кінця вислуховує аргументи обох сторін; долучає родину за згодою пацієнта та розподіляє обов'язки щодо лікування між іншими членами сім'ї.

На жаль, у процесі клінічної бесіди можуть проявитися деструктивні елементи, які унеможливають проведення ефективного мотиваційного інтерв'ю: суперечка з пацієнтом; директивна поведінка лікаря; лікар приймає рішення самостійно, надто багато розмовляє, постійно користується медичною термінологією та лікарським сленгом, залякує пацієнта (навіть якщо це робиться з добрими для пацієнта намірами); не зацікавлений у пацієнті; лікар у цейтноті; лікар надто втомлений.

Якщо лікар бачить, що пацієнт йому не довіряє або дуже сумнівається, необхідно активно самому почати говорити на цю тему. Потрібно з'ясувати, в який момент виникла недовіра (коли пацієнт почав сумніватися, а потім формувати негативну думку про лікування/лікаря/процедуру/препарат) та що саме змусило його сумніватися (вік чи стать лікаря/вартість препарату/тривалість прийому). Наступний крок — відісліть

пацієнта (порадьте) до альтернативної інформації, надайте дані обстеження — як ваш доказ для його роздумів, розкажіть про перспективу життя з неконтрольованою та контрольованою хворобою. Інколи можливим аргументом може бути приклад на собі, колегах, інших пацієнтах (без імен).

Пам'ятайте: те, що висить на стінах кабінету (наочний матеріал), непомітно діє на свідомість пацієнта та його родичів.

Важливо усвідомити, що при кожному контакті з пацієнтом лікар автоматично наділяється пацієнтом певною мірою божественними функціями того, хто вирішує питання життя та смерті. Ніколи не варто брати на себе функції Бога. Але варто зародити у пацієнта хоча б сумнів в тому, що він робить неправильно щодо своєї проблеми зі здоров'ям.

Досить часто лікар, який дотримується принципів і технік мотиваційного інтерв'ю, зіштовхується з роздратуванням і навіть злобою та психологічною агресією пацієнта, його нетерпінням і нерозумінням принципів партнерства. У таких випадках від пацієнта можна почути фрази на зразок: *«Що ви зі мною теревені розводите? Будете ставити крапельниці чи ні?»* При роботі з такими пацієнтами не варто впадати у відчай і думати, що нічого не вийде.

Основна рекомендація — зародити хоча б зерно сумніву щодо його думок і дій. Ми вірогідно не знаємо, коли і як спрацює альтернативна інформація, яка надійшла від лікаря. Тому при будь-яких стилях поведінки пацієнта, навіть при його явному негативізмі, варто спокійно та послідовно проводити свою роботу, застосовуючи всі можливі переваги мотиваційного інтерв'ю в клінічній бесіді.

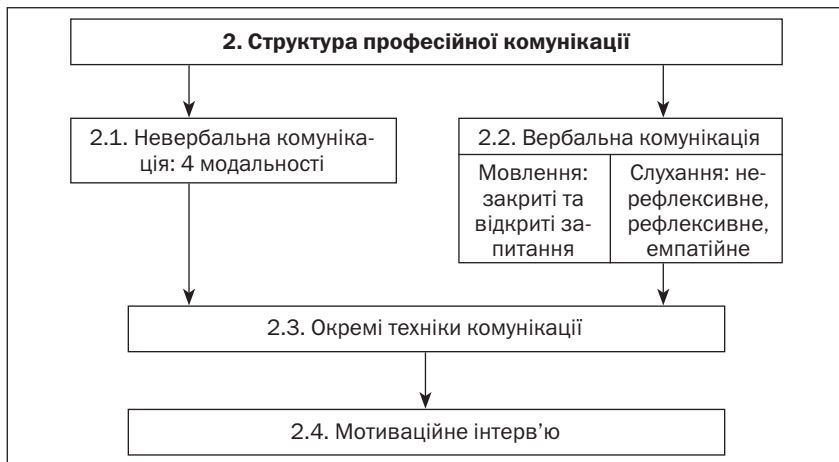


Рисунок 2.1

## Запитання для контролю та самоконтролю

1. Що вбирає в себе невербальна комунікація?
2. Які модальності має невербальна комунікація?
3. Які варіанти слухання за Т. Гордоном?
4. Що поєднує емпатичне та рефлексивне слухання?
5. У чому різниця між мотиваційним інтерв'ю та звичайним інтерв'ю пацієнта?
6. Які принципи закладені в мотиваційному інтерв'ю?
7. Які стадії проходить пацієнт у формуванні мотивації на зміну поведінки та іншого для ефективного лікування?
8. Які фактори впливають на ефективність мотиваційного інтерв'ю?
9. Які стадії проходить пацієнт у формуванні мотивації на лікування?
10. Що може перешкоджати в проведенні ефективного мотиваційного інтерв'ю?
11. Назвіть основні положення *FRAMES*-моделі.
12. Що таке неспецифічна підтримка пацієнта в процесі інтерв'ю?
13. Назвіть основні положення, техніки переконання та створення лікарем альтернативного погляду в процесі інтерв'ю.
14. Які ви знаєте принципи підвищення ефективності донесення інформації до пацієнта в процесі проведення мотиваційного інтерв'ю?
15. Що таке мотивація за системою *BATHE*?
16. Що таке мотиваційна бесіда?
17. Що таке і як використовуються принцип та метод *TACCT*?
18. Назвіть основні ознаки того, що інтерв'ю проходить в стилі мотиваційного.

## Ситуаційні завдання

*Завдання. Для формування ефективної прихильності які психологічні мішені в наведених даних пацієнта може використати лікар в мотиваційному інтерв'ю в наведених нижче клінічних ситуаціях?*

1. На прийомі пацієнтка, яку привів чоловік після пережитого пограбування, під час якого вона отримала удар в обличчя. Три тижні потому забої загоїлися, однак вона боїться виходити з дому через страх повторного нападу. Сон переривається повторюваними нав'язливими сновидіннями про напад. Пацієнтка тривожна, емоційно лабільна, плаксива, скаржиться на головний біль та болі в ділянці серця. В анамнезі гіпертонічна хвороба 25 років, ішемічна хвороба серця, хронічні проблеми шлунково-кишкового тракту, ознаки патологічного клімаксу. МРТ — ознаки енцефалопатії, ЕЕГ — повільнохвильова активність; ЕКГ — ознаки гіпоксії та порушення ритму.

**2.** Жінка, 56 років, скарги на періодичний головний біль, поганий сон, надмірну подразливість, поганий настрій, слабкість. Надлишкова вага, палить, розлучена, мати двох дітей, син живе з мамою, навчається в університеті, дочка живе окремо, зі своєю сім'єю. Працює бухгалтером, зарплата маленька. Практично не відпочиває. Любить природу та «копатись» на дачі. У розмові тиха, задумлива, сумна, сповільнена в рухах, говорить, як їй тяжко жити, з роботою справляється з зусиллям. До лікування ставиться скептично. Діагностовано хронічне захворювання серцево-судинної системи, цукровий діабет 2-го типу.

**3.** Чоловік, 60 років. Надлишкова вага, зловживання алкоголем, динамічний спосіб життя, генетична схильність до серцевих катастроф (від інфарктів померли мама та брат), часто палить, троє дітей, з дружиною взаємини натягнуті. Працює керівником в будівельній організації. Відпочиває рідко, в основному з друзями. У розмові шумний, цинічний, «пофігіст». До лікування ставиться скептично. Діагностовано хронічне захворювання серцево-судинної системи, хронічні легеневі та шлункові проблеми, остеохондроз.

**4.** Чоловік, 45 років, скарги на болі за грудиною, тяжкість дихання, відчуття передчуття катастрофи, страх. Одружений, двоє дітей, приватний підприємець. Робота пов'язана з комп'ютерами. Багато друзів. У розмові дуже уважний, ввічливий та улесливий, жартує, з усім погоджується, просить додаткового обстеження та детально пояснити йому дію препаратів. Діагноз: ішемічна хвороба серця: стенокардія напруження. Хронічна обструктивна хвороба легень. Тривожний розлад.

**5.** Чоловік, 42 роки, скарги на болі в спині, запаморочення, втому, просинання вночі через сильне серцебиття. Вища освіта. Комп'ютерний бізнес. Одружений, дружина — лікар. Раніше багато випивав. Після панічного розладу 7 років тому різко змінив стиль життя. Часто лікується у невролога та кардіолога, багато читає в Інтернеті про препарати, створив сайт для пацієнтів. Часто звертається до інших спеціалістів. У розмові ввічливий та уважний. Діагноз: артеріальна гіпертензія I ст., остеохондроз, міжхребцеві грижі.

**6.** Чоловік, 56 років, скарги на постійній головний біль, поганий сон, легку подразливість, злість «на все на світі». Одружений, троє дітей. Працює на заводі слюсарем. Випиває, палить. Надлишкова вага. Піти до лікаря наполягла дружина. У розмові злий, песиміст, на фоні загальмування — періодично вибуховий. Не вважає себе серйозно хворим. Діагноз: ішемічна хвороба серця: постінфарктний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II ст. Супутня хронічна хвороба шлунково-кишкового тракту.

## Рекомендована література

1. Чабан О.С., Хаустова О.О., Мухаровська І.Р., Науменко Г.М. *Комунікативні навички лікаря. Конспект лекцій. 2017. 152 с.*
2. *Основи загальної та медичної психології. За ред. І.С. Вітенко, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 435 с.*
3. *Медична психологія: У 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.*
4. *Медична психологія: У 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.*
5. Хаустова О.О., Сахно С.Г. *Мотиваційне інтерв'ю в діагностично-лікувальному процесі психосоматичних хворих. Архів психіатрії. 2013. Т. 19. № 1(72). С. 130-134.*
6. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing (Preparations People to Change Addictive Behavior). N.Y.: Guilford Publications, 1991. P. 112-115.*
7. Miller W.R., Benefield R.C., Tongigan J.S. *Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993. Vol. 61. P. 455-461.*
8. Rogers C.R. *Dialogues. Boston: Houghton Mifflin Company, 1989. P. 45-56. ■*

# Розділ 3.

## Алгоритм професійного спілкування лікаря з пацієнтом

**Ключові поняття теми:** професійна комунікація; бар'єри комунікації; проблемні ситуації; алгоритм Калгарі — Кембридж; дистанційна комунікація; телемедицина; спільне прийняття рішень.

### 3.1. Загальні правила комунікації студента з пацієнтом

*Хаустова О.О.*

Значення постаті лікаря в соціумі складно переоцінити, зважаючи на його соціальну значущість. Саме тому студенти-медики у своїй більшості на етапі початкових кроків спілкування з пацієнтами відчують тривогу та губляться навіть у самих простих ситуаціях. Дійсно, професійна медична комунікація для студентів має певні особливості, тому викликає безліч запитань до викладачів клінічних кафедр щодо перших спроб клінічної бесіди та курації.

Найпершою проблемою студенти вважають погодження пацієнта на розмову, обстеження або медичну маніпуляцію, тому що мають багато сумнівів щодо доцільності з точки зору пацієнта їх участі в лікувально-діагностичному процесі. Досить часто студенти почуваються незручно, тому що неправильно оцінюють ймовірні емоції пацієнта в процесі комунікації (наприклад, вважають, що пацієнти можуть відчувати приниження під час співбесіди зі студентом). При спілкуванні з сумними пацієнтами деякі студенти можуть почуватися настільки незручно, що їх власне занепокоєння може передаватися пацієнтам, у свою чергу підсилюючи тривогу хворих. Сумніви, страхи та тривоги щодо спроможності до професійної комунікації, особливо у студентів-медиків молодших курсів, обумовлені не стільки особливою соціальною роллю лікаря в соціумі, скільки їх неготовністю до зустрічі з пацієнтом віч-на-віч з позиції як професійної компетентності, так і особистісної психологічної незрілості.

Отже, студенти мають навчатися, як потрібно реагувати (емоційно та поведінково) та спілкуватися з пацієнтами з користю для обох учасників клінічної бесіди. Для пацієнтів будь-яка клінічна бесіда має бути сприятливою для опанування хвороби, а для студентів мають бути відпрацьовані та засвоєні прості та складні комунікативні клінічні ситуації: первинне знайомство з пацієнтом; початок обстеження; готовність відповісти на запитання відносно діагнозу, перебігу хвороби, обстеження та лікування; спілкування з пацієнтом, який страждає від гострого/хронічного болю або емоційного дистресу; подолання ситуації з плачем або незадоволенням пацієнта; тактика при відмові від клінічного інтерв'ю зі студентом; робота з повідомленою медичною інформацією, скаргами, думками та переживаннями пацієнта, що раніше не були відомі лікуючому лікарю.

### ***3.1.1. Потенційні бар'єри в комунікації студента з пацієнтом***

**Пацієнт хоче/не хоче спілкуватися зі студентом.** Серед потенційних бар'єрів студентської комунікації з пацієнтом першим є згода на спілкування. Більшість студентів має сумніви щодо бажання пацієнта спілкуватися чи бути обстеженим студентом, уявляючи себе на місці хворого («Що може бути гіршим за обстеження студентом-медиком...»). Такі сумніви здебільшого обумовлені нерозумінням студентами (особливо молодших курсів) того, що корисного може отримати пацієнт від спілкування зі студентом.

Але студентські сумніви марні, тому що користь для пацієнта дійсно існує. По-перше, перед потенційною навчальною клінічною бесідою студента або групи студентів з певним пацієнтом викладач/лікар отримує від нього попередню інформовану згоду на таке спілкування, обстеження або маніпуляцію, особливо звертаючи увагу пацієнта на можливості його відмови від контакту зі студентами, на збереження конфіденційності розмови та на навчальні меті спілкування зі студентами на тему хвороби. Навіть в ургентних ситуаціях на початку клінічної бесіди обов'язкове отримання інформованої згоди, щоб пацієнт розумів, що може відмовитись від участі студентів в лікувально-діагностичному процесі.

По-друге, багато пацієнтів досить легко погоджуються на клінічну бесіду та обстеження студентами. Надавши інформовану згоду, пацієнти усвідомлюють, що для успішного опанування майбутньої спеціальності лікаря студенти мають отримувати знання про хвороби безпосередньо в роботі зі справжніми хворими. Причому самі пацієнти не почувуються «піддослідними кроликами», а навпаки, отримують задово-



лення від власного альтруїзму в процесі навчання студентів, розуміючи свій активний корисний внесок у навчання майбутніх лікарів.

Дійсно, участь у навчальному процесі студентів-медиків має важливе значення в психологічній адаптації пацієнтів, особливо важкохворих або недієздатних. Така активність пацієнтів дозволяє їм позбутися почуття непотрібності, що може виникати як реакція на життя у хворобі, або суттєво зменшити це гнітюче почуття, що заважає процесу одужання. Більше того, відчуття свого внеску в освіту майбутніх медиків значною мірою може допомогти деяким пацієнтам побачити сенс та відчути смак до життя. Навіть якщо студент вважає, що він не робить нічого корисного для пацієнта, а тільки навчається, цей пацієнт насправді може мати користь для себе від клінічного інтерв'ю та медичного обстеження, тому що активно бере участь у процесі навчання майбутніх лікарів.

Крім того, студенти-медики надають пацієнту емоційну підтримку, проявляючи своє щире занепокоєння станом його здоров'я. Увага та інтерес з боку студентів можуть значно підвищити емоційний комфорт пацієнта, особливо при тривалому перебуванні у стаціонарі. Навіть тільки фізикальне обстеження без значного вербального супроводу вже часто сприймається пацієнтами як певна емоційна винагорода.

Отже, більшість пацієнтів не тільки погоджується, але досить часто прагне до спілкування зі студентами — майбутніми лікарями. Користь для них полягає у поєднанні відчуття власної користі для суспільства, емоційного комфорту та соціальної підтримки в процесі навчальної клінічної бесіди, навчального обстеження, відпрацювання лікувальних практичних навичок тощо.

Деякі пацієнти, навпаки, відмовляються від участі в навчальному процесі майбутніх лікарів, не вважаючи доцільними для себе огляди та обстеження студентами. Отже, попри вже отриману викладачем/лікарем згоду пацієнта на спілкування зі студентами, вони мають ще раз запитати пацієнта про дозвіл на співпрацю перед початком клінічної бесіди. У разі відмови пацієнта від роботи зі студентами (діагностичне інтерв'ю, фізикальний огляд, обстеження, медичні маніпуляції тощо) його відмова має бути взята до уваги. У такому разі студент має подякувати пацієнтові за приділений час та припинити бесіду. Потім студент повинен повідомити викладача про відмову пацієнта від участі в навчальному процесі та отримати від нього вказівки щодо подальших дій.

**Самопредставлення студента пацієнту** на початку клінічної бесіди. У студентів, особливо старших курсів, може виникати спокуса представитися лікарем, щоб бути гідним довіри пацієнта під час навчальної курації. Навпаки, студентам молодших курсів здебільшого незручно

представлятися лікарями, тому що підсвідомо вони ще ототожнюють себе не з лікарською, а з пацієнтською спільнотою. Також треба врахувати, що більшість пацієнтів орієнтується на наявність білого халата та взагалі не розуміє різниці між лікарями, інтернами, клінічними ординаторами, субординаторами та студентами. Отже, загальною рекомендацією для студентів є: чітко наголошували на своєму актуальному статусі, ступені навчання та цілі навчальної зустрічі. Пропонуємо наступні приклади самопредставлення на початку клінічної бесіди.

1. **Студент:** *Доброго ранку/дня/вечора. Мене звуть (ПІБ). Я є студентом-медиком <...> курсу. Зараз ми вивчаємо дисципліну/цикл/тему «комунікативні навички лікаря/психосоматична медицина/гіпертонічна хвороба/передопераційна тривога». Мій викладач (ПІБ) повідомив, що ви погодилися на клінічну бесіду/огляд/обстеження/невну маніпуляцію. То ви не заперечуєте?*

2. **Студент:** *Доброго ранку/дня/вечора. Мене звуть (ПІБ). Я є студентом-медиком <...> курсу/клінічним ординатором/лікарем-інтерном, що працює під керівництвом лікаря (ПІБ викладача/лікаря). Чи ви погоджуєтесь відповісти на декілька запитань щодо вашого здоров'я перед вашою зустріччю з (ПІБ викладача/лікаря)?*

Для більшості студентів та їх пацієнтів такий тип початку бесіди значно полегшує хід подальшого клінічного інтерв'ю.

**Біль/емоційний дистрес на заваді клінічної бесіди.** Коли пацієнт страждає від сильного болю або відчуває емоційний дистрес, це може спричинити як відмову пацієнта від подальшої співпраці, так і зняквітання студента в незручній та незнайомій клінічній ситуації. У студента можуть з'явитися сумніви в доцільності та власній здатності продовжувати клінічну бесіду. У таких випадках обов'язково мають бути враховані прохання та побажання пацієнта, а також його біль та/або страждання повинні бути вголос визнані студентом.

1. **Студент:** Мені здається, що ви зараз дуже знервовані/засмучені/схвильовані.

2. **Студент:** Бачу, що ви, здається, зараз відчуваєте хвилювання/за непокоєння/дуже сильний біль.

Такі цілком доречні висловлювання дозволяють пацієнтові зрозуміти, що його/її страждання, біль та емоційне реагування були помічені. У таких ситуаціях доцільно спитати пацієнта, що можна зробити, щоб допомогти або полегшити страждання. Досить часто пацієнти просять допомогти їм зі склянкою води, зміною положення ліжка тощо.

Вже після визнання вголос фізичного/емоційного дискомфорту пацієнта та надання йому можливої посильної допомоги студент повинен

спитати щодо подальшого проведення клінічної бесіди або відкладання її на деякий час. Відмова пацієнта від подальшої навчальної клінічної бесіди, огляду, обстеження, медичної маніпуляції є його правом та має бути взята до уваги. Але найчастіше (і це дуже дивує студентів, особливо молодших курсів) пацієнти воліють продовжувати розпочате клінічне інтерв'ю або обстеження. Це відбувається тому, що коли біль або емоційний дистрес вже помічені й враховані студентом, пацієнти здебільшого почувуються задоволеними емоційним співчуттям та увагою від майбутнього лікаря, тому у більшості випадків хочуть продовжувати спілкування зі студентами.

**Рукоштовання та дотик.** У багатьох країнах світу прийнято вітатися рукоштованням, тому лікарі також часто вітаються з пацієнтами через рукоштовання. У цілому це є цілком прийнятним і для студентів. Утім, існують і певні зауваження. Так, для деяких студентів чоловічої статі така практика може бути дискомфортною по відношенню пацієнток, тому що у соціумі зазвичай неприйнято чоловікові першим подавати руку жінці для привітання. Навпаки, загальноприйнятим для чоловіка є почекати, щоб жінка першою подала руку для привітання, перш ніж відбудеться рукоштовання. Тож студенти воліють краще чекати ініціативи щодо рукоштовання від пацієнтів, а пацієнти, у свою чергу, чекають на те саме від студентів. Хоча професія лікаря передбачає тактильні контакти з пацієнтами, студентам, особливо молодших курсів, може бути дискомфортно доторкнутися до пацієнта, тому спочатку краще взагалі уникати дотику, поступово адаптуючись до умов професійної діяльності, а не примушувати себе до фізичного контакту, переконуючи себе, що це йде на користь пацієнтові.

Дійсно, дотик медичного працівника можна вважати потужною підтримуючою психотерапевтичною технікою. Наприклад, коли пацієнт відчуває сильний біль/дистрес або велике страждання, лікарі зазвичай намагаються тримати руку пацієнта або можуть покласти руку на плечі пацієнта, ніби пригортаючи його. Досвідчені лікарі часто використовують дозований фізичний контакт для більшого переконання своїх пацієнтів («якоріння») та посилення взаєморозуміння. Зауважимо, що більшості пацієнтів подобається, коли лікар торкається їх належним чином.

Однак деякі пацієнти негативно ставляться до дотиків, тому не варто провокувати підвищення тривожності пацієнтів та формування у них негативного ставлення до навчальної клінічної бесіди/подальшого обстеження/медичних маніпуляцій. Доцільним у таких випадках буде дотримання наступного правила: якщо у студента виникає

відчуття незручності, коли він намагається доторкнутися до пацієнта, то варто припинити такі намагання, тому що його відчуття незручності та дискомфорту є негативним невербальним сигналом для пацієнта, створюючи для останнього такі самі негативні емоції. Отже, дотик буде скоріше джерелом занепокоєння, а не підтримкою. Тому для студентів та для лікарів важливо спостерігати за пацієнтами, відстежуючи невербальні ознаки їх емоційних реакцій, коли дотик не є прийнятним: напруження, надмірний спокій, відсторонення тощо. У разі появи подібної реакції не потрібно чекати на вербальне підтвердження своїх здогадок, а відступитися з повагою. Інколи деякі студенти або лікарі можуть бути близькими родичами або друзями пацієнтів та забагато до них торкатися. Але коли близька людина хворіє, звичний дотик також може сприйматися негативно. Більше того, пацієнт може не хотіти, щоб близька людина брала участь у його лікуванні з особистих причин.

Навіть від незнайомої людини дотик може сприйматися як емоційно та/або сексуально спокусливий. Тим більше це стосується дотику лікаря/медичної сестри/масажиста тощо. Сама по собі хвороба може спотворювати сприйняття дотику за рахунок певної психологічної та фізичної регресії пацієнта під впливом хворобливого стану, в тому числі підвищуючи роль лікаря у його свідомості. Особливо в патерналістичній моделі медицини пацієнти часто ставляться до своїх лікарів, як діти ставляться до батьків. Вони часто бувають не в змозі задіяти більш раціональні процеси копіngu, тому починає з'являтися емоційна залежність пацієнта від лікаря. Невідповідний або спотворено сприйнятий пацієнтом дотик може постати частиною емоційно залежних відносин «лікар — пацієнт». Такі дотики шкодять пацієнтам, підтримуючи їх залежність від лікаря та заважаючи адаптивному копіngu.

Дотик також може мати сексуальне забарвлення та сприйматись як спокуса з боку лікаря, що в емоційно залежних відносинах може призвести до сексуальних зв'язків між лікарями та пацієнтами, що є взагалі неприйнятним з точки зору моралі. Через нерівність у соціальних ролях та різні можливості у відносинах «лікар — пацієнт», через психологічну залежність пацієнтів від ситуації хвороби вони об'єктивно неспроможні до прийняття зрілого рішення щодо сексуальних стосунків із своїми лікарями. Саме тому сексуальні стосунки з пацієнтом є неетичною поведінкою лікаря, психологічним насильством та експлуатацією ним пацієнта. Важливо завжди дотримуватися наступного етичного принципу: сексуальні стосунки між лікарем та його пацієнтом/пацієнткою є зловживанням владою у діаді «лікар — пацієнт».

**Емоційне сприйняття навчальної клінічної бесіди.** Наступним бар'єром є уявлення студента, що клінічна бесіда з ним/обстеження/медична маніпуляція може сприйматися пацієнтом як приниження або образа. Такі студентські страхи обумовлені їх особистим та/або сімейним досвідом і суспільними уявленнями про «владу» лікаря над «безпорадним» пацієнтом. У таких випадках студенти відчують непевність та незручність «приймати таку владу», тому що не мають достатньо знань, навичок та досвіду, «не здатні запропонувати справжню медичну допомогу», «не заслуговують на довіру пацієнта».

### *3.1.2. Проблемні ситуації в комунікації студента з пацієнтом*

**Пацієнт хоче отримати медичну інформацію.** Під час навчальної клінічної бесіди пацієнт може почати розпитувати студента про діагноз, перебіг хвороби, лікування тощо. Причому студент може бути як обізнаним у всіх цих питаннях, так і не знати відповідей на них. Рекомендована різна тактика поведінки в таких ситуаціях для студентів молодших та старших курсів. Так, при проведенні клінічної бесіди або медичного огляду студенти-медики молодших курсів мають загалом уникати відповіді на конкретні запитання пацієнта про стан його здоров'я, навіть коли студент вважає себе добре обізнаним у певному медичному питанні, а пацієнт сприймає його як «експерта». Насправді студенти можуть не розуміти особистий сенс медичного запитання для конкретного пацієнта, а також мати неповне або невірне розуміння патологічного процесу. Більше того, студент не може відстежити та оцінити вплив отриманої від нього інформації на пацієнта, тому що здебільшого контактує з ним одноразово або тимчасово, лише протягом короткого періоду часу. Однак для психологічно уразливого пацієнта, здавалося б, нешкідливе запитання може мати велике значення та великий вплив на подальший перебіг хвороби. Отже, отримане медичне запитання від пацієнта студент-медик повинен переадресувати до лікуючого лікаря/викладача.

Студенти-медики старших курсів вже є достатньо обізнаними у більшості медичних проблем та ситуацій. Вони, навпаки, часто постають важливим джерелом інформації для пацієнтів, беруть на себе роль просвітитників. Але це дуже відповідальна роль, тому студенти мають бути впевненими в правдивості, актуальності та безпеці інформації, яку вони надають пацієнтам, а також бути чутливими до емоційного сприйняття пацієнтами інформації, яку вони передають. Будь-яка невизначеність в наданні/отриманні інформації має бути обов'язково обговорена з лікуючим лікарем/викладачем.

**Отримання нової інформації від пацієнта.** Зміни психосоматичного стану пацієнта іноді можуть відбуватися дуже швидко та бути непомітними для медичного персоналу. Тому в процесі навчальної клінічної бесіди студент може виявитися першою особою, яка дізнається про депресивні думки або суїцидальні ідеї. Розкриваючим моментом може виступити глибока зацікавленість студентів в отриманні докладної медичної інформації та їх емоційна залученість у стан своїх пацієнтів. Крім того, студенти почасти мають більше часу для вислуховування пацієнтів порівняно з лікарями. Тому пацієнти доволі часто довіряють студентам раніше приховану медичну інформацію, а також свої думки, переживання та навіть деякі скарги, які вони не вважали значущими або не змогли довірити лікуючим лікарям.

Загальне правило: *студенти завжди зобов'язані вчасно передавати всю нову або критично значущу інформацію безпосередньо лікуючим лікарям пацієнтів (або опосередковано — через свого викладача).*

Також студенти мають поради пацієнтам невідкладно повідомити про шойно почуте лікуючому лікарю або черговому лікарю. Але пацієнт може відмовитись, проігнорувати, не надати значення або перекрутити шойно сказане. Тобто не можна покладатися, що пацієнт вчасно розповість своєму лікареві про проблеми, які він обговорював зі студентом. Саме тому дотримання вищенаведеного правила є єдиним шляхом, коли студент може бути впевнений, що лікар буде вчасно поінформованим щодо озвученої пацієнтом проблеми.

**Пацієнт вимагає конфіденційності.** Інколи під час навчальної клінічної бесіди пацієнт може пообіцяти повідомити студенту щось дуже важливе, якщо той дасть обіцянку дотриматись конфіденційності щодо отриманої інформації. Саме високий ступінь емоційної зацікавленості студентів у своїх пацієнтах може спонукати пацієнта поділитися якоюсь таємницею, невідомою іншому медичному персоналу. Отже, загальним правилом є: *студент ні в якому разі не може пообіцяти пацієнтові абсолютну конфіденційність.*

Якщо пацієнт продовжує вимагати додаткових запевнень щодо конфіденційності, студент має наголосити, що його/її студентський статус унеможливорює надання обіцянки абсолютної конфіденційності та, навпаки, зобов'язує поділитися цією інформацією з викладачем/лікуючим лікарем пацієнта. Студент лише може гарантувати, що обов'язково ретельно проаналізує, чи стосується надана йому пацієнтом інформація ситуації надання медичної допомоги. Якщо так, вона має бути передана та належно використана медичним персоналом в інтересах здоров'я пацієнта.

Варто зауважити, що запити пацієнта на повну конфіденційність надають студенту можливість більше заглиблюватись у клінічний випадок у процесі курації пацієнта, але пацієнту має бути повідомлено про межі конфіденційності з боку студента в ситуаціях, коли інформація має належним чином оброблятися після її отримання на користь пацієнта.

**Інтенсивні емоційні реакції.** Під час навчальної клінічної бесіди пацієнт інколи може почати плакати або проявляти своє невдоволення/агресію/сум. Взагалі більшість пацієнтів відчувають психологічну підтримку з боку студентів-медиків, тому що останні можуть прийняти й емпатійно реагувати на прояви почуттів пацієнта.

Якщо ж деякі студенти або лікарі незручно почувуються в ситуації комунікації з емоційно реактивними (наприклад, тривожними, гнівливими або сумними) пацієнтами, вони невербально передають пацієнтам власне занепокоєння. Емоційний дискомфорт медика зазвичай підсвідомо сприймається пацієнтом як сигнал до пригнічення подальшого вираження власних емоцій.

Але за умови опрацювання студентом комунікативних технік у складних клінічних ситуаціях тривога буде набагато меншою, що підвищить якість навчального клінічного інтерв'ю. Загальним є правило: *якщо є сумніви щодо реагування на емоції пацієнта, треба використовувати техніки рефлексії (відображення) та легітимізації (дозволу).*

1. **Студент:** *Я бачу, що ви дуже засмучені цією ситуацією.*

2. **Студент:** *Я розумію, що це дуже тривожить вас.*

Такі рефлексивні вербальні реакції студента заохочують пацієнта до подальшого обговорення деталей клінічної ситуації, що є тривожною/незрозумілою/такою, що спричиняє гнів або сум. Після рефлексії має застосовуватися легітимізація емоції пацієнта.

1. **Студент:** *Це є нормальною реакцією людини на ненормальну ситуацію, тому я розумію, чому ви так цим переймаєтесь.*

2. **Студент:** *Знаєте, на таку ситуацію не можна не реагувати, кожен би тут засмутився/стривожився/розлютився.*

Досить складною в опрацюванні ситуацією є злість або гнів пацієнта. Але техніки рефлексії та легітимізації в таких випадках є дуже дієвими. Важливо вербалізувати, відобразити емоцію розлюченості.

**Студент:** *Здається, що наша розмова починає вас дратувати.*

Такий рефлексивний коментар зазвичай спонукає пацієнта до обговорення причин та подробиць його клінічної ситуації або інших обставин зміни емоційного стану. Наступна легітимізація негативної емоції пацієнта має зняти напруження в складній комунікативній ситуації.

**Студент:** *Зрозуміло, чому ви так засмутились/розлютились. Майже звичайна реакція в такій ситуації.*



## 3.2. Алгоритм Калгарі — Кембридж

Асанова А.Е.

Сучасні лікарі перевантажені кількістю інформації, яку їм необхідно засвоювати і вільно використовувати в своїй повсякденній практиці. Тому медичні знання потребують постійної систематизації та структурування для більш зручного їх використання. Найголовнішою структурою, якою користується лікар кожен день, є історія хвороби пацієнта, скласти і презентувати яку лікар вчиться ще з медичного університету. Але, на жаль, не всім лікарям відома інша, не менш важлива структура — структура професійного спілкування лікаря і пацієнта, яка дозволяє систематизувати послідовність бесіди з пацієнтом і робить це спілкування більш професійним. Однією з таких структур є алгоритм Калгарі — Кембридж.

### 3.2.1. Історія створення та структура алгоритму Калгарі — Кембридж

Уперше Калгарі-Кембриджський алгоритм був опублікований 1996 року. Його головними авторами стали Сюзанна Курц з канадського міста Калгарі та Джонатан Сільверман із Кембриджа.

Калгарі-Кембриджське керівництво є моделлю для навчання медичного спілкування, в якій об'єднані навички професійного спілкування та навички складання традиційної історії хвороби. Керівництво з комунікативних навичок використовується в усьому світі на всіх етапах медичної освіти як основний метод навчання, засіб оцінки, а також дослідницький інструмент.

Послідовність спілкування лікаря і пацієнта складається з п'яти фаз, кожна з яких демонструє свої чіткі цілі та завдання. Крім того, *етапність алгоритму ґрунтується на двох стовпах: постійному дотриманні структури та підтримці стосунку між лікарем і пацієнтом*. Структура, як ми вже відзначали раніше, є необхідністю для дотримання професійності в спілкуванні. А постійне залучення пацієнта до обговорення проблем та прийняття рішень є важливими складовими підтримки доброго стосунку (або терапевтичного альянсу). Безперервність у підтриманні такого стосунку, згідно з Калгарі, залежить не тільки від того, наскільки добре та вчасно лікар реагує на вербальні знаки мови і невербальні знаки поведінки пацієнта, але і від того, наскільки добре сам лікар усвідомлює те, що він каже, що в той момент демонструє мова його тіла, і як це, власне, впливає на фізичний і психологічний стан



пацієнта. Отже, алгоритм вчить, як добре одночасно дотримуватися професіоналізму і мати добрі стосунки з пацієнтом.

Керівництво є достатньо гнучким, незважаючи на наявність певних послідовних завдань, які повинні бути вирішені в процесі консультації. Хоча навички, намічені в керівництві, є ключовими навичками, необхідними в усіх цих обставинах, вони можуть бути використані вибірково.

Алгоритм може використовуватись під час занять як підручний дидактичний матеріал, до якого можна звернутися у разі потреби. Викладачі та студенти повинні навчитись гнучко використовувати алгоритм і замислюватися про те, чи всі пункти в ньому необхідно застосовувати в кожній конкретній ситуації. Крім того, алгоритм дозволяє лікареві, при необхідності, адаптуватись до індивідуальних потреб пацієнта. Наприклад: повідомлення поганих новин, спілкування з тяжкими пацієнтами, консультування дитини або літньої людини, спільне консультування родичів і пацієнта, консультування в окремих медичних галузях.

Алгоритм складається з двох схем: короткої графічної (див. Додаток 1) та розширеної (з поясненнями), яка наведена нижче. Розширена схема дозволяє студентам і лікарям розуміти ключові цілі всередині кожного завдання.

Алгоритм Калгарі — Кембридж містить 71 пункт і є не надто зручним для використання під час занять. Тому ми намагалися адаптувати його, на наш погляд, до більш зручного формату, що не суперечить замислам авторів. Але і не намагалися створити набагато більш простий перелік, щоб не зробити алгоритм примітивним.

### **3.2.2. Послідовність спілкування лікаря і пацієнта**

#### **Підготовка до бесіди з пацієнтом**

**1. Початок спілкування, підхід до пацієнта.** Вітаємо пацієнта на ім'я, представляємось самі (*у такий спосіб ми демонструємо нашу повагу, залучаємо пацієнта до терапевтичного альянсу*), визначаємо мету візиту пацієнта (*ставимо запитання, уважно слухаємо, узагальнюємо, підсумовуємо, складаємо порядок денний*).

**2. Дослідження проблеми пацієнта.** Включає в себе вивчення скарг, збір анамнезу хвороби та анамнезу життя.

**3. Діагностування** — проведення фізикального та інструментального дослідження.

**4. Пояснення та консультування.** Пояснення включає в себе донесення до пацієнта достатньої кількості та змістовності необхідної інформації. Допомогає пацієнтові краще зрозуміти надану інформацію

щодо його захворювання. Надає відповіді на запитання пацієнта. Також консультування допомагає знайти спільну мову між лікарем і пацієнтом та об'єднує навколо хвороби пацієнта. Допомагає прийняти спільне рішення стосовно хвороби пацієнта.

**5. Завершення спілкування.** Має забезпечити підведення підсумків. Планування наступних зустрічей (консультацій, візитів).

**Алгоритм Калгарі — Кембридж для медичної консультації (типовий візит до лікаря):**

1. Початок візиту.
2. Збір інформації.
3. Фізикальне обстеження.
4. Пояснення планування.
5. Завершення візиту.

До початку спілкування необхідно:

1. Підготувати приміщення. Переконайтесь, що приміщення, в якому ви зустрічаєтесь, достатньо тихе.

*Схема приміщення.* За можливості, не варто сидіти прямо обличчям до обличчя пацієнта. За наявності більш комфортної зони в кабінеті лікаря (диван та крісла) можна змінювати положення під час спілкування. Необхідно уникати того, щоб крісла розташовувались поблизу або надто далеко один від одного. Також необхідно уникати об'єктів, таких як стіл, між лікарем і пацієнтом.

Переконайтесь, що вас ніщо не відволікає. Ви поставили телефон на беззвучний режим. Якщо ви збираєтесь обговорювати погані новини або делікатні теми, заздалегідь домовтесь з вашими колегами не втручатись та не спілкуватись під час вашої дискусії.

2. Підготувати себе до спілкування: оцінити свій зовнішній вигляд; налаштуватись психологічно; виділити достатню кількість часу (*в окремих випадках спілкування з пацієнтом може потребувати більше часу, ніж лікар розраховує зазвичай*).

3. Підготувати пацієнта до спілкування (*в окремих випадках продумати, хто ще має бути присутнім під час спілкування: інший лікар, медсестра, родичі*).

**Початок спілкування, підхід до пацієнта**

— Привітайте пацієнта та дізнайтесь його ім'я. Уточніть, як краще до нього звертатися.

— Представтесь самі (ім'я, спеціальність). Якщо ви самі ініціювали зустріч, повідомте функціональний підрозділ, в якому ви працюєте, та розкажіть про мету вашої бесіди. Отримайте згоду, якщо це потрібно. (*Згода може бути як письмовою, так і усною.*)

— Продемонструйте інтерес і повагу до пацієнта, щоб фізично він відчув себе комфортно під час спілкування (*очний контакт, вираз обличчя, нахили голови*).

— Дотримуйтесь структури, бесіда має бути чіткою та послідовною.

— Використовуйте невербальну поведінку, щоб побудувати добрі взаємини з пацієнтом, налагодити контакт, залучити його до терапевтичного альянсу.

— Думайте про те, що ви кажете і як ви це кажете. Слідкуйте за тоном свого голосу. (*Те, що ви кажете, не має додавати пацієнтові ще більшого страждання.*)

Приклад доброго початку спілкування:

**Лікар:** *Добрий день! Як я можу до вас звертатись?*

**Пацієнт:** *Мене звати (ПІБ).*

**Лікар:** *Дуже приємно. Мене звати (ПІБ). Я є лікарем-анестезіологом ЛОР-відділення. Мета нашої зустрічі сьогодні — обговорити з вами попередню операцію з виправлення носової перегородки, яка запланована через два дні. Отже, якщо ви не проти, ми можемо зараз обговорити певні деталі знеболювання, які знадобляться під час операції. Це займе близько 20 хвилин вашого часу.*

### **Дослідження проблем пацієнта**

Досліджувати проблему пацієнта необхідно для того, щоб впевнитись, що він готовий спілкуватись з вами та відповідати на ваші запитання. Під час спілкування з пацієнтом ми завжди використовуємо чергування відкритих і закритих запитань. Але починаємо завжди з відкритого запитання.

Перше відкрите запитання, яке ми ставимо, має спонукати пацієнта до висловлювання скарг.

Приклади доброго запитання: *«Які проблеми змусили вас звернутися до лікарні?»*, *«Що змусило вас звернутися до лікаря сьогодні?»*, *«Чи можу я допомогти вам сьогодні?»* або *«Що б ви хотіли обговорити сьогодні?»*

Приклади поганого запитання: *«Які скарги вас турбують?»* або *«На що скаржитесь?»*

Слухайте пацієнта уважно, не переривайте його. Дуже важливо надати пацієнтові декілька хвилин, щоб він вільно висловив усе, що його турбує. Зазвичай він це робить несвідомо, але як тільки ви його перериваєте, він може розгубитись і щось забути або почати обмірковувати необхідність надання тієї чи іншої важливої інформації.

Після того як пацієнт висловив свої скарги, необхідно уточнити, прояснити та ще раз зробити акцент на скаргах пацієнта. (Наприклад:

*«Я правильно вас зрозумів, ви сказали, що вас турбує нежить, головний біль, слабкість, підвищена температура тіла.., що ще вас турбує?»*

Встановіть порядок денний, який влаштує вас і пацієнта.

### **Як спілкуватися з пацієнтом під час збору анамнезу? Загальні поради**

— Під час збору анамнезу хвороби пацієнта необхідно ставити достатню кількість запитань стосовно розуміння пацієнтом своєї хвороби. *Розуміння думки пацієнта дозволяє лікареві вчасно змінювати підхід під час спілкування з пацієнтом та налагоджувати кращий стосунок.*

— Запитуйте пацієнта про те, що він відчуває у зв'язку з хворобою. *Особлива увага до почуттів пацієнта зменшує психологічний дистрес.*

— Виказуйте підтримку та емпатію. *Це зменшує дистрес та додає краще розуміння симптомів захворювання.*

— Необхідно дізнатися, чи є стурбованість від існування хвороби, а також оцінити вплив хвороби на функціонування пацієнта, наскільки порушена якість життя. *Додаткова увага до проблеми пацієнта зменшує тривогу та покращує розуміння симптомів захворювання.*

— Дозвольте пацієнтові повністю висловитись під час спілкування, особливо якщо це стосується того, що пацієнт думає або відчуває. *Це зменшить значущість симптомів для пацієнта, заспокоїть, а також зменшить функціональні впливи (наприклад, знизить частоту серцевих скорочень та артеріальний тиск).*

— Переконайтеся, що повністю обговорили проблему пацієнта і в нього не залишилось запитань до вас. *Це заспокоїть та надасть пацієнтові відчуття кращого контролю симптомів захворювання.*

### **Як досліджувати скарги пацієнта?**

— Заохочуйте пацієнта до детального висловлювання своїх скарг починаючи з того, як вони виникли, до даного часу. Корисним є використання запитань: *«Що турбує?», «Де турбує?», «Коли розпочалось?».*

— Використовуйте чергування закритих і відкритих запитань, відповідно рухаючись від відкритих до закритих.

— Слухайте пацієнта уважно, не переривайте його, дозвольте йому закінчити свою думку.

— Сприятливо відповідайте пацієнту як вербально, так і невербально. *Використовуйте заохочення, повторюйте, перефразуйте, пояснюйте, підсумовуйте отриману інформацію.*

— Оцінюйте вербальні і невербальні патерни поведінки пацієнта (мову, позу, міміку, жести) та аналізуйте, що вони вам кажуть.

— Прояснійте незрозумілі твердження або відповіді пацієнта. (Наприклад: *«Не могли б ви пояснити, що ви мали на увазі під сильною панікою?»*)

— Правильно встановлюйте дати та послідовність подій з життя пацієнта. Не забувайте користуватися нотатками. *Іноді історія хвороби пацієнта може бути надто заплутаною та насиченою за кількістю дат і подій.*

— Періодично підсумуйте сказане пацієнтом для того, щоб прояснити, чи правильно ви зрозуміли його. (Наприклад: *«Якщо я правильно вас зрозумів, ви сказали, що...»*) Також заохочуйте виправляти вас, якщо ви помились стосовно тверджень або відповідей пацієнта. (Наприклад: *«Будь ласка, не соромтесь виправити мене, якщо я помилився в послідовності дат з історії вашого життя.»*)

— Використовуйте просту, зрозумілу для пацієнта мову. Уникайте професійних жаргонів (наприклад, пальпація, перкусія, аускультация).

— Активно визначаєте і правильно досліджуєте побоювання й очікування пацієнта. Дізнайтеся, як проблеми з його теперішнім станом впливають на його життя.

— Заохочуйте пацієнта вільно висловлювати свої почуття. (Наприклад: *«Це нормально в вашій ситуації відчувати смуток, адже ви щойно дізнались про...»*)

### **Як дотримуватись структури під час бесіди з пацієнтом?**

— Структуруйте бесіду з пацієнтом, дотримуючись логічної послідовності, таймінгу та предмету обговорення. Особливо це стосується багатомовних пацієнтів, які потребують додаткової уваги лікаря. (Наприклад: *«Я знаю, що ви хотіли б поділитися зі мною ще однією цікавою історією з вашого життя, і я залюбки послухав би її, але, якщо ви не проти, ми повернемося до обговорення більш важливої теми, заради якої ми сьогодні зустрілись.»*)

— Підбивайте підсумки в кінці кожного пункту запиту для підтвердження того, що ви правильно зрозуміли пацієнта. І тільки після цього переходьте до наступного пункту.

— Переходьте від одного пункту до іншого, логічно обґрунтовуючи наступні.

### **Як краще залучити пацієнта до терапевтичного альянсу за допомогою невербальної поведінки?**

— Демонструйте відповідну невербальну поведінку: очний контакт; вираз обличчя; поза; положення в просторі; рух, голосові сигнали (наприклад, швидкість, гучність, інтонацію голосу).

— Якщо ви читаєте, пишете нотатки або використовуєте комп'ютер, робіть це таким чином, щоб це не заважало вашій бесіді з пацієнтом.

— Продемонструйте пацієнтові, що він може довіряти вам.

### **Як розвивати взаємозв'язок із пацієнтом?**

- Визнайте погляди та відчуття пацієнта! Не судіть їх!
- Використовуйте співчуття (емпатію), коли йдеться про відчуття пацієнта або якщо пацієнт в скрутному становищі.
- Надайте підтримку пацієнтові: погоджуйтесь з ним, виявляйте розуміння та бажання допомоги, запропонуйте співпрацю. Наприклад: *«Кожен з нас відіграє важливу роль у лікувальному процесі. Лікування, яке я хочу зараз запропонувати вам, є достатньо тяжким, і мені вкрай важлива ваша допомога...»* або *«Я досить багато знаю про лікування вашого захворювання та уявляю, яку шкоду воно надає вам, але ви набагато більше знаєте, як захворювання впливає на вас, і це саме та інформація, яка необхідна мені, щоб краще зрозуміти вашу проблему і допомогти вам».*
- Поділіться з пацієнтом своєю думкою, щоб заохотити його до співпраці. (Наприклад: *«Що я зараз думаю, це...»*)
- Використовуйте візуальні методи передачі інформації: діаграми, моделі, письмову інформацію та інструкції.

### **Як спілкуватися під час фізикального обстеження?**

Пояснюйте, обґрунтуйте необхідність і послідовність запитань фізикального обстеження. Під час фізикального обстеження пояснюйте процес, запитуйте дозвіл. Будьте уважними та чуйними, коли запитання стосуються незручних, болісних тем для пацієнта. Особливо коли це пов'язано з фізикальним обстеженням.

### **Пояснення та консультування**

— Пояснення стосовно стану здоров'я пацієнта необхідно надавати в слухний для цього час. Уникайте передчасного надання порад, зайвої інформації, передчасно не висловлюйте своїх думок, навіть якщо ви впевнені в них. Наприклад:

**Пацієнт:** *Лікарю, скажіть, що зі мною?*

**Лікар:** *Я знаю, що вам би хотілося почути від мене це саме зараз, але нам необхідно дочекатися результатів проведених досліджень і додаткових консультацій, які я призначив. Не хочу заздалегідь помилитися сам і ввестися в оману вас, давайте трохи почекаємо.*

**Пацієнт:** *Добре.*

- Давайте чіткі, виважені пояснення. Узагальнюйте бесіду стисло!
- Домовтеся з пацієнтом стосовно подальших кроків у вашій співпраці.
- Активно залучайте пацієнта до прийняття рішень. Перевірте розуміння і прийняття пацієнтом пояснень, тактики подальшого лікування та планів, які ви йому надали. (Наприклад: *«Чи вам усе зрозуміло з того, що я вам щойно пояснив?»*)

— Заохочуйте пацієнта обговорювати будь-які додаткові пункти та надавайте можливість це зробити за допомогою додаткових запитань. (Наприклад: «*Чи є будь-які запитання, які ви хотіли б поставити?*», «*Чи залишились ще будь-які побоювання, які ви хотіли б обговорити*» або «*Чи є ще якісь питання, які ви хотіли б обговорити пізніше?*»)

### **Як розробити спільний план дій і допомогти пацієнтові прийняти власне рішення?**

Метою побудови спільного плану дій є залучення пацієнта до прийняття рішення (до тої міри, до якої він, звичайно, бажає сам), а також навчити пацієнта дотримуватись зобов'язань щодо розроблених планів діагностики та лікування.

— Поділіться власними думками, ідеями, які стосуються пацієнта, та запропонуйте всі можливі варіанти лікування. Також закликайте пацієнта ділитися своїми ідеями та пропозиціями. *Але спочатку з'ясуйте рівень залучення та бажання пацієнта приймати рішення.*

— Обговоріть взаємоприйнятний план: займіть власну позицію щодо рівних умов або переваг відносно доступних можливостей. Визначте рекомендації для пацієнта.

— Перепитайте пацієнта, чи згоден він прийняти обговорений план, що він про це думає і чи зменшило це його занепокоєння.

### **Як обговорювати проблему або пояснювати діагноз?**

— Дайте пояснення того, що відбувається з пацієнтом, і, якщо можливо, назвіть проблему (діагноз).

— Обґрунтуйте свою думку.

— Пояснюйте причинно-наслідкові зв'язки, серйозність, очікуваний результат, короткотермінові та довгострокові наслідки.

— Перевірте розуміння пацієнтом того, що було сказано.

— Подивіться, як пацієнт сприйняв те, що ви повідомили йому, і які це викликало в нього побоювання.

### **Як скласти спільний план дій?**

— Обговорюйте варіанти (наприклад: які методи дослідження використовувати; лікування: терапевтичне або хірургічне, медикаментозне, немедикаментозне; профілактика рецидивів; що можна і чого не можна робити).

— Поясніть запропоновані дії та лікування: назви, послідовність, як це працює, переваги та недоліки, можливі побічні ефекти.

— Оцініть розуміння та побоювання пацієнта стосовно призначеного плану лікування, процедур та маніпуляцій. З'ясуйте думку пацієнта щодо потреби в лікуванні, при потребі — мотивуйте.

— Визначте спосіб життя пацієнта, ступінь надії, культурні передумови та міркування. Заохочуйте пацієнта брати участь у реалізації планів, бути відповідальним і самостійним.

— З'ясуйте, що або хто може підтримати пацієнта; джерела його ресурсів.

### **Як пояснювати методи дослідження, маніпуляції та процедури?**

— Надайте інформацію щодо процедури дослідження (наприклад, що це за процедура, що пацієнт може очікувати від неї, як і коли пацієнт дізнається про результати).

— Обґрунтуйте необхідність будь-якої процедури, яка включена до плану лікування.

— Запитайте пацієнта про його ставлення до процедури. *Заохочуйте обговорювати занепокоєння або негативні думки.*

### **Завершення спілкування**

— Обговоріть кроки для забезпечення безпеки як пацієнта, так і вас (лікаря), пояснюючи можливі несподівані результати, а також що робити, якщо ваш спільний план не матиме успіху, коли і як звернутись за допомогою. (Надайте контактну інформацію: особу, телефон, адресу електронної пошти.)

— Коротко підсумуйте бесіду. *Роз'ясніть план догляду за пацієнтом, при необхідності.*

— Остаточо перевірте, що пацієнт погоджується із складеним планом і немає запитань, зауважень та ін.

## **3.3. Дистанційна комунікація та eHealth-технології**

Чабан О.С.

Технічні можливості останніх десятиліть створили принципово нову площину взаємодії людей — віртуальний простір. Виникли нові форми взаємодії між лікарями та пацієнтами або майбутніми пацієнтами — дистанційні. Технічні можливості дозволили активно використовувати площину та можливості Інтернету — програми створені не тільки для спілкування, але й з діагностичною, лікувальною та реабілітаційною метою.

У преамбулі Статуту Міжнародного товариства телемедицини (International Society for Telemedicine — ISFT) термін «телемедицина» визначений як «використання електронних інформаційних і комунікаційних технологій у цілях забезпечення й підтримки охорони здоров'я у випадках, коли учасники знаходяться на відстані один від одного».



Телемедицина, телездоров'я чи електронне здоров'я — це надання медичних послуг з використанням інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для діагностики, лікування та профілактики захворювань чи травм, досліджень, оцінки та навчання для медичних працівників та їх громад (World Health Organization (WHO) Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Global Survey on eHealth. Global Observatory for eHealth Series — Vol. 2. NLM Classification W 26.5. Geneva: World Health Organization. 2010).

### ***3.3.1. Телемедицина в Україні***

Актуалізації телемедицини в усьому світі, в тому числі в Україні, сприяла ситуація жорсткого карантину внаслідок пандемії COVID-19. Так, наказом Міністерства охорони здоров'я України № 698 від 23.03.2020 р. було затверджено «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2», де наголошувалось на збільшенні частки медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі (надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини).

Найбільш поширені програми для комунікації — це «Скайп» (Skype), «Вайбер» (Viber), «АйСіК'ю» (iCQ), «Телеграм» (Telegram), «Вотсап» (WhatsApp), «Месенджер» (Messenger), «Імейл» (E-Mail) та ін. Окремим величезним блоком засобів спілкування стали соціальні мережі (найпопулярніші — «Фейсбук» (Facebook), «Твітер» (Twitter), «МайСпейс» (MySpace), «Лавджорнал» (LiveJornal) та інші програмні платформи з можливостями соціальних мереж. Засобом комунікації між лікарем і пацієнтом усе частіше стає звичайний телефон.

Застосування телемедицини в Україні на сьогодні упорядковано наказом МОЗ України № 681 від 19.10.2015 року, де були зазначені інструменти телемедицини (способи роботи), а саме:

— *домашнє телеконсультування* — процес спостереження за станом здоров'я пацієнта, який перебуває за межами закладу охорони здоров'я, із застосуванням телемедицини. Застосовується у випадку самостійного звернення пацієнта до лікаря за допомогою відеозв'язку, телефонного зв'язку (мобільний, стаціонарний) або мережі Інтернет (електронна пошта, web-сторінка тощо), а також для спостереження за станом здоров'я пацієнта його лікуючим лікарем у процесі надання цьому пацієнту медичної допомоги;

— *телемедичне консультування* — надання медичної допомоги пацієнту лікарем із застосуванням телемедицини щодо лікування та/або уточнення діагнозу за допомогою електронних повідомлень через портал телемедицини. Телемедичне консультування є основним інструментом телемедицини, що використовується для надання вчасної та адекватної медичної допомоги пацієнту, а також для інтерпретації знімків та інших зображень, зафіксованих цифровими носіями (рентгенологічні знімки, дані ЕКГ і т.д.). Лікар може надавати рекомендації щодо стану здоров'я пацієнта безпосередньо при спілкуванні з даною особою чи надавати роз'яснення з конкретного випадку іншим лікарям на основі знімків або зображень. Телемедичне консультування здійснюється лікарями-спеціалістами, працівниками кафедр вищих медичних навчальних закладів і наукових установ;

— *телеметрія* — сукупність технологій, що дають змогу проводити дистанційне вимірювання, збір і передачу інформації щодо показників діяльності (фізіологічні параметри) організму пацієнта. Наприклад, для забезпечення віддаленої висококваліфікованої ЕКГ-діагностики використовується спеціальний комплекс телеметричного обладнання, що здійснює передачу ЕКГ по бездротових і проводових каналах зв'язку — по каналах мобільного зв'язку, з використанням мережевих технологій (Інтернет, GPRS);

— *телемедичний консиліум* — надання медичної допомоги пацієнту одночасно більш ніж одним лікарем із застосуванням телемедицини, що використовується у разі потреби в обговоренні клінічного випадку більше ніж з одним лікарем-консультантом.

Незалежно від засобу віртуального чи дистанційного спілкування це створило нові варіанти взаємодії між лікарем і пацієнтом. В основі цієї взаємодії лежить перш за все дистанційність, тобто те, що лікар і пацієнт, або ймовірний пацієнт, спілкуються на віддалі і доволі часто — значній.

Віртуальне спілкування надало нові можливості для реалізації ефекту цього спілкування — доступність до медичної допомоги, швидкість контакту, значне розширення бази пошуку для пацієнта допомоги, можливість тривалого супроводу пацієнта, в тому числі психотерапевтичного, незалежно від того, де б він не перебував.

### ***3.3.2. Потреби пацієнта та можливості лікаря в телемедицині***

Хоча більше 50 систем охорони здоров'я у США використовували телемедичну технологію для домашнього догляду, лише 1 % сільського населення, де очікувались телесервіси, використав ці ресурси до

2019 року. Незважаючи на те, що 66 % опитаних того року були готові користуватися телездоров'ям, лише 8 % спробували це, тоді як дві третини респондентів користувались засобами особистого контролю здоров'я (Hollander J.E., Carr B.G., 2020, Rotnam G. 2020).

Проте запит на дистанційну медицину останнім часом стрімко зростає. Це сталося внаслідок обмежень, пов'язаних з карантинними, ізоляційними та самоізоляційними діями урядів країн щодо населення через пандемію COVID-19, а також внаслідок технологічних можливостей більш якісної комунікації останніх років у світі.

В 1999 р. Всесвітня медична асоціація (WMA) зосередила увагу на стосунках між лікарем і пацієнтом, включаючи обов'язки лікаря та пацієнта, подібні до тих, що стосуються особистої допомоги. Вони стосувались якісного обслуговування, інформованої згоди, конфіденційності та безпеки, відповідних дозволів на практику, використання та доступ до технологій, а також показників якості для їх оцінки (World Medical Association. 1999. WMA statement on accountability, responsibilities and ethical guidelines in the practice of telemedicine).

Всесвітня медична асоціація повторила ці теми у своїй «Заяві з етики телемедицини» в перегляді 2018 року, хоча до того часу вона попереджала про телемедицину виключно для зменшення витрат. Хоча у ній більше не було розділу про роль пацієнта, WMA консультувала щодо стосунків лікарів з іншими лікарями, які займаються доглядом за пацієнтом, і щодо оцінки телемедицини (World Medical Association. 2018. WMA statement on the ethics of telemedicine (accessed May 5, 2020); World Medical Association WMA statement on the ethics of telemedicine. World Med. J. 2007).

Їх «Заява про керівні принципи використання телемедицини для надання медичної допомоги» у 2009 році, розглядаючи подібні проблеми, задала інший тон, починаючи з керівного принципу обов'язку опіки при зустрічах із телемедициною та підкреслюючи важливі аспекти лікаря — відносини з пацієнтами, яким повинні були відповідати лікарі, а також стандарти якості та регулювання (World Medical Association. 2009. WMA statement on guiding principles for the use of telehealth for the provision of health care).

Американський коледж лікарів (ACP), національна організація лікарів-інтерністів, опублікував рекомендації щодо політики в телемедицині в галузі первинної медичної допомоги в 2015 році; наголосив на стосунках між пацієнтом і лікарем. ACP також розглянув питання щодо придатності та доступу для кожного пацієнта, включаючи неблагополучних і неписьменних пацієнтів; ліцензування та регулювання,

включаючи регулювання конфіденційності та безпеки; не порушуючи етичний обов'язок належного догляду, застосовуючи технологію (Daniel H., Sulmasy L.S., 2015).

Тим часом керівні принципи етики телемедицини Американської медичної асоціації (АМА) 2014 та 2016 рр. також охоплювали взаємовідносини пацієнта й лікаря та якість медичного обслуговування, відшкодування витрат і необхідність рекомендацій та оцінки. «Основні етичні обов'язки лікарів не змінюються», — заявила АМА та все ще включала надання компетентної допомоги, дотримання конфіденційності пацієнтів, вжиття відповідних заходів для забезпечення безперервності надання допомоги та дотримання рекомендацій передової практики (American Medical Association. 2016, 2029. AMA adopts new guidance for ethical practice in telemedicine, 2020).

Асоціація також передбачливо попередила про комерціалізацію охорони здоров'я та пов'язані з цим конфлікти інтересів і довіру пацієнтів (Chaet D., Clearfield R., Sabin J.E., Skimming K., 2017).

Дистанційність комунікації породила велику кількість проблемних питань у взаєминах «лікар — пацієнт». Перш за все це безконтрольність фаховості надання медично-консультативних дій. Якщо пацієнт шукає в Інтернеті допомоги і знаходить її у вигляді відповідей лікаря, йому важко об'єктивно оцінити, що він перебуває в комунікації з фахівцем, який має всі ознаки фаховості та кваліфікації, яку, в свою чергу, контролює держава та фахові громадські організації. По-друге, існує проблема і для самого лікаря. Така комунікація обмежує лікаря в інформації щодо пацієнта. Навіть відеоконтакт («Скайп», «Вайбер», «Зум» та ін.) не забезпечує усієї повноти інформації для лікаря.

Дедалі частіше пацієнти віддають перевагу саме дистанційним контактам, що обумовлено багатьма причинами, які можна поділити на групи: страхи пацієнта; незадоволеність системою охорони здоров'я/лікарем у наданні допомоги; пошук інформації/альтернатив.

#### ***Страхи пацієнта:***

- розгубленість та переживання внаслідок незрозумілого діагнозу або відсутності єдиної думки кількох лікарів;
- страх і надмірні переживання через хворобу, страх смерті та інвалідності при тривалій хворобі;
- страх відвідати лікаря та виконати якісь медичні маніпуляції (наприклад, колоноскопію);
- страх і надмірні переживання за своїх рідних, в першу чергу за дітей;

— для зменшення власної тривоги та розгубленості при підтвердженні правильності дій лікаря, який займається пацієнтом у реальності.

***Незадоволеність системою охорони здоров'я/лікарем у наданні допомоги:***

— незадоволення діагностикою та якістю лікування в реальній ситуації;

— відсутність пояснень з боку лікарів щодо побутових і життєвих питань, пов'язаних з хворобою (харчування, нічна робота, алкоголь та ліки, режим активності, відпочинку тощо);

— критичні відгуки про лікаря в Інтернеті чи в клініці, а отже, недовіра до призначеного;

— віддаленість якісної медичної допомоги;

— юридичні та правові аспекти лікування й реабілітації;

— для висловлювання власного незадоволення медичною допомогою або, навпаки, подяки за лікування.

***Пошук інформації/альтернатив:***

— Прочитані та неправильно інтерпретовані показання препаратів, які призначив лікар; для порад щодо вибору препаратів, їх аналогів і дешевших варіантів; для власної інтерпретації лабораторного та параклінічного обстеження;

— при посиленні тривожної інформації в суспільстві, пов'язаної з токсичними викидами, екологічними проблемами, пожежами, епідеміологічними проблемами (епідемія кору, грипу, COVID-19 тощо); при поширенні чуток про нові хвороби чи інфекції («страшні» віруси);

— так звані сезонні звернення. Наприклад, навесні — запитання про кліщів, кліщовий енцефаліт і бруцельоз, восени та взимку — про штами грипу, вакцинацію, взимку — про травми рук і ніг на слизьких тротуарах, восени — про сезонну депресію, застуду;

— пошук новинок лікування та діагностики у випадку тяжких і складних діагнозів; пошук новинок і більш ефективного (швидкого) вилікування; для пошуку альтернативного лікування. Наприклад, при рекомендації хірургічного втручання — пошук терапевтичних методів;

— для пошуку людей з подібними хворобами та їх досвідом лікування (відгуки про препарати, методи, схеми, відгуки про лікарів);

— для отримання інформації про якість, ціни та відгуки про того чи іншого спеціаліста чи клініки;

— для знань про можливості негативного та летального перебігу хвороби, для планування залишку життя;

— щоб бути обізнаним на випадок потреби надання допомоги рідним, особливо при поїздках в країни з іншим кліматом та іншою епідеміологічною ситуацією;

— щоб задовольнити свої іпохондричні ідеї («підтвердити» діагноз, «вибрати ефективніші методи лікування» тощо).

Це далеко не всі запитання людей, які заходять в Інтернет, щоб дізнатися про власне здоров'я чи здоров'я рідних. Саме тому Інтернет та дистанційні варіанти спілкування створюють ситуацію потреби формування *нових вимог до лікаря, який працює або співпрацює з пацієнтами дистанційно*.

Лікар, який фахово надає дистанційно допомогу пацієнтові, — це лікар, який надає профілактичну, діагностичну, лікувальну, експертну, реабілітаційну допомогу в мережі Інтернет, у будь-яких формах, з участю у форумах, виконує консультативну роботу на спеціалізованих медичних сайтах та ін.

Рекомендації та вимоги до діяльності лікаря також поділяються на декілька груп: **етико-деонтологічні, правові та фахові**.

#### ***Етико-деонтологічні:***

— Медичні працівники повинні дотримуватися етичних стандартів і кодексу поведінки незалежно від того, постачальник послуг телемедицини є місцевим або за кордоном (National Telemedicine Advisory Committee National Telemedicine Guidelines of Singapore. 2015).

— Дистанційна медична порада може надаватися лише в межах спеціальності, зазначеної у практичному сертифікаті постачальника послуг (Jantavongso S., 2015).

— Юрисдикція медичної ради кожної країни застосовується лише в межах її країни (Moeloe N.F., Ekatjahjana W. Permenkes, 2019).

— Лікарі повинні забезпечити належний захист відповідальності для забезпечення відшкодування зловживань ([https://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider2/guidelines/2016-smc-ethical-code-and-ethical-guidelines---\(13sep16\).pdf](https://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider2/guidelines/2016-smc-ethical-code-and-ethical-guidelines---(13sep16).pdf)).

— Лікар дотримується всіх положень клятви Гіппократа, конституції держави, де він проживає, положень і документів Всесвітньої організації охорони здоров'я та держави проживання, які регламентують етико-деонтологічні аспекти діяльності лікаря, державних законів, які регламентують лікувальну діяльність, дотримується принципів гуманізму та милосердя. Лікар несе моральну відповідальність за свої дії перед пацієнтом, а при порушенні законів — юридично-правову відповідальність у межах законодавства держави, де він проживає.

— Лікар робить доступним для пацієнта інформацію щодо своєї фахової освіти, спеціалізації та підвищення кваліфікації; про найбільш вагомий лікувальний та науковий досягнення, публікації, значимі для його профілю роботи. Лікар не працює анонімно, обов'язково вказує та робить доступною для пацієнтів реальну адресу свого робочого місця, телефони, факсовий зв'язок, за яким до нього чи його колеги, а також адміністрації медичного закладу можна звертатися.

— Лікар, розуміючи велику відповідальність дистанційної роботи з пацієнтом, керується принципом «не нашкодь» та має право відповісти на запитання, які знаходяться за межами його компетенції або відповіді на які він не знає, про що він повідомляє пацієнта.

— Лікар поважає честь і гідність пацієнта, його релігійні переконання, особливості менталітету, статеві та національні особливості, з повагою ставиться до всіх вікових груп.

— Лікар діє лише з позиції надання допомоги пацієнтові, без морального та психологічного тиску на пацієнта, його рідних та близьких.

— Лікар не вводить в оману пацієнта псевдонауковою термінологією та не користується нею (наприклад: біоенергетика, космопсихологія, астральні тіла, енергетичні канали та інші терміни неофіційної та доказової медицини).

— Лікар не користується та не застосовує езотеричні впливи, окультно-містичні, релігійні й інші навколomedичні, псевдонаукові методи впливу на пацієнта та його оточення.

— Лікар не займається рекламою та масовою розсилкою рекламної продукції, в тому числі навколomedичної (так званий спам). Лікар не займається рекламою (відкритою та прихованою) медичних препаратів, фармацевтичних компаній, методів діагностики та терапії, методів профілактики та реабілітації за іншими, не медичними потребами. Лікар не допускає (не дозволяє) паралельну рекламу на своїх медичних сайтах цигарок, алкоголю, наркотиків, порнографічної продукції, банерів (сайтів), що розпалюють міжрелігійну та/або міжнаціональну ворожнечу, що пропагує агресію чи автоагресію.

— Лікар не використовує засоби недобросовісної конкуренції та самореклами. Лікар у випадку розміщення на сайтах своєї наукової продукції вказує для пацієнтів, що ця публікація (публікації) не є рекомендацією для діагностики та лікування і не замінює реальної консультації лікарем.

— Лікар не використовує медичну практику для пропаганди своїх релігійних, філософських і політичних поглядів, приналежності та уподобання, не рекламує ті чи інші соціальні та політичні події.

***Правові:***

— Матеріалом правових питань роботи лікаря з пацієнтом є його записи, в тому числі електронні, аудіо- та відеозаписи, листування в онлайн-режимі та електронне листування.

— Лікар при використанні додаткових технічних засобів роботи з пацієнтом, наприклад аудіо- чи відеозаписів інтерв'ю (консультації), аргументує пацієнтові потребу цього запису та зобов'язаний отримати згоду пацієнта. А в подальшому дотримується етичних норм співпраці та не допускає поширення записів за межами діагностично-лікувальної взаємодії; за потреби отримує письмовий дозвіл на використання записів з педагогічною чи науковою метою, в тому числі для публікацій у фаховій літературі.

— Лікар дотримується інтелектуальних прав і використовує в своїй роботі, в тому числі в Інтернеті, лише ліцензійну продукцію (програмне забезпечення роботи в мережі).

— Лікар застосовує максимально дозволений і рекомендований розробниками програм захист (в тому числі зі своєчасними оновленнями) своїх даних в електронному варіанті, в тому числі в хмарникових варіантах, від несанкціонованих зламів і поширення без його відома конфіденційної інформації його фахової діяльності та даних його пацієнтів.

— Лікар повністю відповідає за свої фахові дії, незалежно від їх оформлення (порада, дискусія, діагностика пацієнта, призначення препаратів чи немедикаментозних методів лікування).

***Фахові:***

— Лікар у першу чергу займається профілактичною роботою та пропагує здоровий спосіб життя. Лікар формулює свої відповіді зрозумілою пацієнтові мовою, уникаючи надмірної термінології, в тому числі медичної та наукової. Лікар у своїй роботі користується лише об'єктивними й перевіреними даними медичної галузі, даними доказової медицини.

— Лікар не замінює, а лише доповнює реальну діагностично-лікувальну роботу; а тому при першій можливості рекомендує пацієнтові відвідування медичних закладів. Лікар має право виставляти попередній, але не остаточний діагноз, попереджаючи про потребу верифікації діагнозу всіма рекомендованими, згідно з сучасними класифікаціями, стандартами, протоколами та клінічними настановами діагностики та лікування, засобами (очна консультація, параклінічні обстеження, консультації інших спеціалістів, аналізи, спостереження в динаміці тощо).



— Лікар при рекомендації медичних препаратів рецептурної форми зобов'язаний пояснити пацієнтові процедуру отримання цих препаратів (лише при очній зустрічі і пересвідчитися та підтвердити діагноз і вибір препарату). Лікар при рекомендаціях медичних препаратів посилається лише на спеціалізовані сайти, що містять незаангажовану та нерекламну інформацію щодо медикаментів і медичних послуг (діагностичні, лікувальні) та лише державного медичного стандарту (медичні довідники, видані в Україні, з зареєстрованими та дозволеними фармпрепаратами, стандартами надання медичної допомоги, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України), дотримуючись правила надавати пацієнтові максимально доступну інформацію у випадку, якщо це створить достатню прихильність та не нашкодить здоров'ю пацієнта (стимулювання самолікування, анозогнозії, іпохондрії, соціальної агресії (нігілізм і недовіра до тих чи інших масових медичних заходів (наприклад, вакцинації) та ін.)).

— Лікар з повагою ставиться та виявляє це ставлення до своїх колег, спеціалізованих медичних сайтів, освітніх шкіл, напрямків, дотримання колегами тих чи інших парадигм та розуміння проблем патології і здоров'я. Лікар не ставить під сумнів фахову кваліфікацію своїх колег, інших медичних закладів будь-якої форми власності, спеціалізованих медичних сайтів; у дискусіях використовує доказову базу медицини та власний досвід.

— Лікар проводить дискусію зі своїми колегами лише з дотриманням етичних норм і розумінням доступності цієї дискусії не лише медичним працівникам, але і пацієнтам, тобто з розумінням та запобіганням ятрогеній та знеціненням можливостей тієї чи іншої медичної допомоги.

— Лікар, за бажанням, співпрацює з засобами масової інформації для поширення гігієнічних, в тому числі психогігієнічних, і профілактичних знань, покращення якості життя пацієнтів.

### ***3.3.3. Рекомендації для комунікації з пацієнтами в інтернет-просторі***

Перш ніж починати взаємодію з потенційними пацієнтами у віртуальному просторі та/або в дистанційному режимі, медичний працівник (в першу чергу це лікар) повинен вивчити всі можливості з позитивними та негативними сторонами такого спілкування. Він має розуміти власну відповідальність, в тому числі юридично-правові аспекти такої взаємодії.

Варто звернути увагу на такий аспект спілкування, як зовнішній вигляд лікаря. Оскільки таке спілкування відбувається зазвичай з міс-

ця помешкання лікаря, варто пам'ятати, що сидіти перед пацієнтом у шортах чи піжами, майці принаймні недоречно і неетично. Але і набувати офісного дрес-коду також не варто. А от джинси, сорочка будуть не провокуючими для пацієнта. Потрібно продумати і панораму за спиною лікаря. Вона повинна бути не інтимна і не кухонна. Нейтральна за тональністю та освітленням; стіна, картина, книги, радіоапаратура, диван створюють більш довірливу обстановку для спілкування.

При проведенні таких консультацій лікареві потрібно пам'ятати про конфіденційність цього процесу. Тому не варто це робити в присутності членів сім'ї чи знайомих, навіть у випадку, коли контакт з пацієнтом не включає відеозв'язок (найчастіше це використання «Скайпу»). Пацієнт чи потенційний пацієнт повинен бути повідомленим про всі записи (аудіо, відео), які хоче зробити лікар в процесі інтерв'ю, а також про бажання лікаря продемонструвати медичну документацію пацієнта з будь-якою іншою метою (наукова робота, педагогічний процес, консультація з іншими спеціалістами та ін.).

Лікар повинен чітко усвідомити, що якщо він за межами своєї роботи починає надавати фахову допомогу в віртуальному просторі, а переважно це відбувається у вечірній час та з дому, то він тим самим добровільно розширює свій робочий день з продовженням значного психологічного навантаження внаслідок комунікації з людьми, які мають фізичні, психічні та психологічні проблеми й переживання.

У цьому випадку потрібно пам'ятати про синдром професійного вигорання (англ. *burnout*), який серед медичних працівників є досить частим, суттєвим і вираженим.

Професійне вигорання медичних працівників пов'язане з великою кількістю факторів, але основні з них — це надмірне «включення» в проблеми пацієнта, підміна фаховості на альтруїзм та емпатію, ненормований робочий режим, нічна робота, відчуття великої відповідальності за пацієнта, неможливості «зупинити роботу в своїй голові», невідповідність навантаження та відпочинку матеріальній та моральній компенсації.

Лікар повинен продумати час спілкування, особливо в ситуації значної різниці в часових поясах, між ним і пацієнтом. Вибір часу повинен бути зручним для обох. Оскільки подібні спілкування не регламентовані ні часом, ні іншими робочими рамками, лікарі, як правило, самі встановлюють ці рамки — від переписування у вільний час, з паузами, які зручні їм, до жорсткого сетінгу (правил), особливо коли йдеться про дистанційну психотерапію. Але лікареві варто пам'ятати, що в кожному випадку пацієнти хочуть більшого та тривалішого спілкування в зв'язку з психологічними особливостями переживань своїх проблем. Тому рекомендовано на самому початку оговорювати та

встановлювати правила спілкування, яке буде продовжуватися. Сюди ж відноситься своєчасне повідомлення про форс-мажорні обставини неможливості чи перенесення спілкування.

Лікар, який підтримує віртуальний зв'язок з пацієнтом, повинен *структурувати пацієнта* для подальших своїх порад. Тому лікар просить пацієнта дати максимально чітку інформацію:

— про себе (вік, стать, місце проживання, вид діяльності та шкідливі фактори роботи, сімейний статус); про фізикальні дані (маса тіла, зріст, температура);

— проблему (хворобу): максимально чіткий опис симптомів, їх хронологія, послідовність проявів, прив'язка до інших факторів (наприклад, прийому їжі, циркадних ритмів, гормональних циклів та ін.);

— попередні обстеження та консультації у спеціалістів і лікування, яке пацієнт отримував;

— стресові події у житті пацієнта; про шкідливі звички (алкоголь, паління, адинамічне життя).

*Приблизні відповіді лікарів на загальні запитання пацієнтів, які знеособлено спілкуються через Інтернет* (взято з ресурсу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36610>):

— «Без огляду продуктивна відповідь неможлива, здогадки не мають сенсу. Рационально вирішити конкретні питання лікування заочно неможливо. Лікування, призначене навмання, може принести не користь, а шкоду».

— «Зверніться очно до спеціаліста вищого рівня для проведення повноцінної діагностики та призначення адекватного і грамотного лікування. Заочно це здійснити неможливо».

— «Раджу не займатися самодіагностикою і теоретичними міркуваннями, а звернутися до спеціаліста для огляду і з'ясування всіх ваших питань».

— «Заочно подібні питання не вирішуються. Тільки ваш лікуючий лікар володіє повною інформацією для прийняття аргументованого рішення».

— «Судячи з викладених симптомів, у вас досить серйозні порушення, що потребують невідкладного і кваліфікованого лікарського втручання. Здогадки про можливі діагнози, як і лікування, призначене навмання, зовсім непродуктивні».

— «Заочно вирішити вашу проблему неможливо. Необхідне проведення більш ретельного діагностичного пошуку для з'ясування причини порушень та їх корекції».

— «Це досить тривожний симптом, що вимагає невідкладного огляду у спеціаліста».

— «Щоб не цитувати десятки сторінок, наберіть цю назву в будь-якій пошуковій системі Інтернету та отримайте достатню інформацію. Але остаточне слово повинно бути за вашим лікарем лише при очній консультації».

Дистанційна медицина, у тому числі комунікація через електронні посередники, з кожним роком набуватиме все більшого поширення. І до цього потрібно вже бути готовим і власне включатися до неї.

Перші ластівки високотехнологічної медицини з елементами часткової чи повної дистанційності, як-от хірургічний комплекс «Da Vinci» від Intuitive Surgical (FDA 2000) чи комплекс діагностичних програм «Watson» від IBM WellPoint, швидко наповнюють світ медичної практики.

Представники компаній IBM і WellPoint провели спільну конференцію, на якій оголосили про початок комерційної експлуатації медичної системи IBM Watson. Шість комплексів IBM Watson вже «працевлаштовані» в лікарні США як лікарі-діагности. За два роки навчання Watson вивчив 605 тис. медичних документів, в цілому 2 млн сторінок тексту. Перед початком лікарської практики комп'ютер проаналізував 25 тис. історій хвороби і пропрацював 14,7 тис. для тонкої настройки алгоритмів. З метою поповнення бази знань компанія IBM уклала угоду з одним з провідних центрів вивчення раку Memorial Sloan Kettering, де зібрано величезний архів медичної інформації. Watson здатний не тільки ставити діагнози, але й визначати найбільш оптимальний курс лікування. У багатьох випадках показує точність діагностики краще, ніж лікарі-люди.

Представник компанії WellPoint на прес-конференції навів такий приклад. Точність призначення оптимального лікування після діагностування раку легенів в лікарнях США становить 50 %. Тобто в половині випадків лікарі рекомендують не ідеальний курс лікування і препаратів. Так ось, у комп'ютера IBM Watson точність призначення оптимального лікування становить 90 %. При розрахунку він враховує найменші нюанси з медичної карти хворого і його генетичну інформацію.

Лікуючий лікар може зі свого iPad вносити додаткову інформацію в комп'ютерну систему Watson в текстовому вигляді, наприклад написати: «У пацієнта з'явилася кров у мокроті при відхаркуванні» — комп'ютер зрозуміє сказане і через 30 секунд видасть уточнений діагноз та оновлений курс лікування (<https://habr.com/ru/company/ibm/blog/169067/>).

Попереду у нас надможливості Neuralink — бездротового інтерфейсу «мозок — комп'ютер» (стадія експериментів з тваринами) та інші технологічні прориви, які ще більше будуть впливати на дистанціювання співпраці з пацієнтами.

Нові терміни нової епохи передбачають все більшої співпраці з віртуальними даними та хмарниковими технологіями, вирішення про-

блем з долученням електронних посередників: *співспостереження* (surveillance), *технологічне безробіття*, *субстрат-автономна особистість*, *вибух інтелекту*, *дивіденди довговічності*, *репресивна десублімація*, *посилення інтелекту*, *закон Рума* (Eroom's Law), *вибух інтелекту*, *повна емуляція мозку*, *слабкий штучний інтелект*, *нейронна зціпка*, *обчислювальна перевага*, *принцип проактивності*, *мули*, *антропоцентризм*.

**Вибух інтелекту** (термін Ірвінга Джона Гуда) — спостережуване раптове збільшення інтелекту штучної системи на зразок штучного інтелекту (ШІ). Є кілька сценаріїв: система може радикально покращувати сама себе, виявивши, що чим розумнішою вона стає, тим простіше ставати ще розумнішою. Також існує можливість, що розум людини не особливо відрізняється від особини до особини, але повільно удосконалюється та може швидко скоротити дистанцію, яка розділяє розумово відсталого і Ейнштейна.

**Посилення інтелекту** (Intelligence amplification) (Рамез Наам) — це конкретна форма поліпшення людини за рахунок доповнення людських інтелектуальних здібностей технологіями. «Часто це позиціонується або як доповнення, або як конкурент створення штучного інтелекту. У реальності немає взаємного виключення між цими технологіями». Посилення інтелекту може бути частковим вирішенням проблеми технологічного безробіття — дозволить людям, або постлюдству, йти в ногу з досягненнями ШІ і залишатися на коні.

**Повна емуляція мозку** (Стюарт Армстронг) — це людські мізки, які були скопійовані в комп'ютер, а потім запущені відповідно до законів фізики з метою відтворити поведінку людського розуму в цифровій формі. Така емуляція мозку залежить від певних припущень про роботу мозку і вимагає певних перспективних технологій на зразок скануючих пристроїв, щоб відтворити модель оригінального мозку; доброго розуміння біохімії і досить потужних комп'ютерів, що дозволить людям жити в цифровій формі і копіювати «людський капітал»: досвідчених, тренованих та ефективних працівників, яких можна буде розмножити при необхідності.

**Слабкий штучний інтелект** (Рамез Наам) — термін відноситься до переважної більшості всіх робіт штучного інтелекту, які пов'язані з виробництвом корисних шаблонів або обробкою корисної інформації, але без необхідності створювати розумну сутність з самосвідомістю. «Пошук Google, Watson від ІВМ, самоврядні автомобілі, автономні дрони, розпізнавання осіб, медична діагностика, алгоритмічні трейдери — все це приклади слабого ШІ», — каже Наам. Переважна більшість всіх комерційних і дослідницьких робіт в галузі ШІ, машинного навчання та пов'язаних сфер відноситься до слабого ШІ.

**Нейронна зчіпка** — створення інтерфейсів, які пов'язують мізки двох (або більше) людей. Уже сьогодні вчені створили інтерфейси, що дозволяють людям рухати кінцівкою (в даному випадку — хвостом іншої тварини). По-перше, такі технології будуть використовуватися в терапевтичних цілях; з їх допомогою можна перенавчати людей рухатися або використовувати раніше паралізовані кінцівки.

**Обчислювальна перевага** — це означає будь-яку ситуацію, в якій нові алгоритми можуть раптово і різко використовувати існуючу обчислювальну потужність набагато ефективніше, ніж раніше. Це, ймовірно, відбудеться, коли тонни обчислювальної потужності залишатимуться недоторканими і коли раніше використовувані алгоритми будуть неоптимальними. Це важливе поняття в світлі розвитку загального штучного інтелекту.

Паралельно йому зростають чат-боти психологічної підтримки пацієнтів з використанням штучного інтелекту.

**Штучний інтелект** (Artificial intelligence, AI) — розділ комп'ютерної лінгвістики та інформатики, що опікується формалізацією проблем і завдань, які подібні до дій, що виконує людина; здатність інженерної системи (engineered system) здобувати, обробляти та застосовувати знання та вміння. (ISO/IEC TR 24028:2020 Information technology — Artificial intelligence — Overview of trustworthiness in artificial intelligence. International Organization for Standardization and International Electrotechnical Commissio. May 2020).

ШІ — це одночасно «системи, які створені людиною і діють у фізичному або цифровому світі, враховують складну мету й обирають найкращі дії (відповідно до заздалегідь визначених параметрів), які необхідно виконати для досягнення поставленої мети на основі сприйняття свого середовища, інтерпретації зібраних структурованих або неструктурованих даних та обґрунтування знань, отриманих з цих даних» (Slyusar Vadym, 2019). (Artificial intelligence as the basis of future control networks. Coordination problems of military technical and devensive industrial policy in Ukraine. Weapons and military equipment development perspectives. VII International Scientific and Practical Conference. Abstracts of reports. Kyiv. October 8–10, 2019. 76-77).

Мобільні додатки, застосування штучного інтелекту й доповненої та віртуальної реальності — за останні 20 років було розроблено чимало технологій для психосоціальної медичної допомоги, які охоплюють увесь спектр медичних послуг — від профілактики до догляду й лікування (<https://tyzhden.ua/Science/248020>).

В 1960-х роках американський спеціаліст зі штучного інтелекту Джозеф Вайценбаум розробив перший прототип чат-бота й назвав

його Елізою на честь Елізи Дуліттл із п'єси Бернарда Шоу «Пігмаліон». Вайценбаум запрограмував Елізу імітувати терапевта, але не щоб створити штучного лікаря, а щоб залучити до техніки активного слухання. Вайценбаум був здивований, скільки особистої інформації користувачі довіряли Елізі. Він також злякався ідей деяких психологів використовувати бездушну Елізу в терапевтичних цілях.

Автоматизовані чат-боти й мобільні розробки підтвердили свою ефективність у численних клінічних дослідженнях. Такі додатки, як *Arya*, *Daylio*, *Moodpath*, *MyTherapy*, *iFightDepression*, підтримують пацієнтів у інтеграції позитивних моделей поведінки в повсякдення. Програми дають змогу документувати самопочуття й поведінку та фіксувати настрої — і так краще розуміти себе та бачити, як певні дії, враження чи розмови впливають на емоційний стан.

Додатки *Happify*, *Calm*, *Bambu*, *Insight Timer*, *SuperBetter* та *Headspace* було розроблено для запобігання симптомам депресії. Вони пропонують невеликі вправи та медитаційні й релаксаційні техніки для зниження рівня тривожності та встановлення спокою і внутрішнього балансу. Також є окремі додатки, що допомагають долати харчові розлади (*RR: Eating Disorder Management*) або посттравматичні синдроми (*PTSD Coach*).

Повністю автоматизований чат-бот довів свою ефективність у лікуванні афективних розладів. Один із них, *Woebot*, розробили фахівці з когнітивно-поведінкової терапії. Він пропонує співрозмовникові чітко висловлювати свої почуття, а потім радить, як із ними поводитися. Дослідження Стенфордського університету, у якому брали участь 70 пробантів 18–28 років, засвідчило, що використання *Woebot* призвело до значного зниження рівня тривожності порівняно з контрольною групою.

Віртуальні терапевти: *Sara*, *Wysa* та *Joy*.

Спеціальних роботів *Paro*, *Kaspar* і *Roxxy* використовують для людей із деменцією, аутизмом і сексуальними розладами.

КНР: діагностичний бот *Melody* (рис. 3.1).

Великобританія: <https://www.livehealthily.com> (рис. 3.2).

У США — віртуальна медсестра Моллі, її розробили в Сан-Франциско. Вона розпізнає жести і мовлення, аналізуючи за їх допомогою стан; стежить за перебігом хронічного захворювання, складає індивідуальний план лікування, нагадує про прийом медикаментів.

Україна: *Elomia*. <https://www.facebook.com/ElomiaFriend/> (рис. 3.3).

Поза всяким сумнівом, ШІ буде все більше використовуватися в дистанційній комунікації. Його переваги, наприклад, в психотерапії та психіатрії:

— вузька спеціалізація;



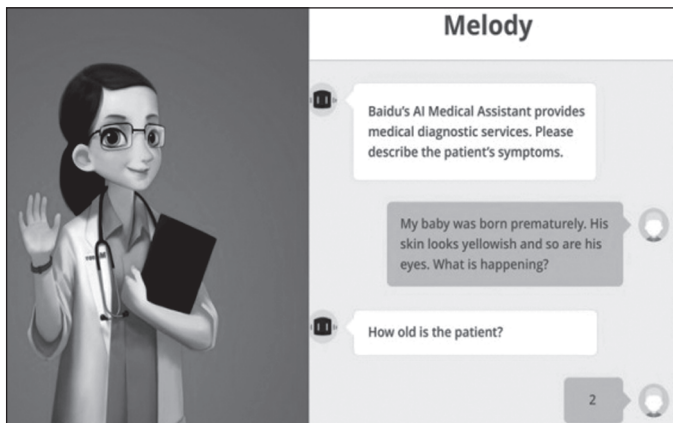


Рисунок 3.1

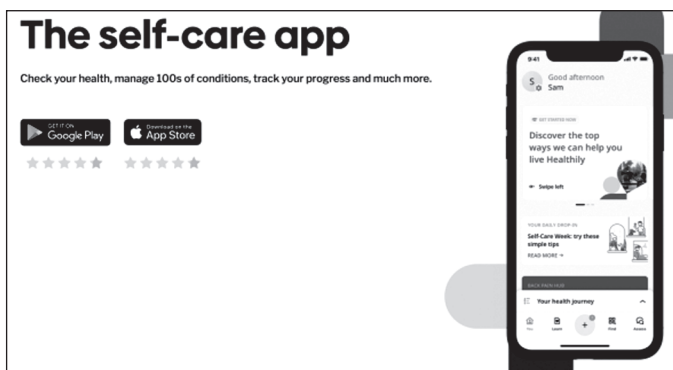


Рисунок 3.2

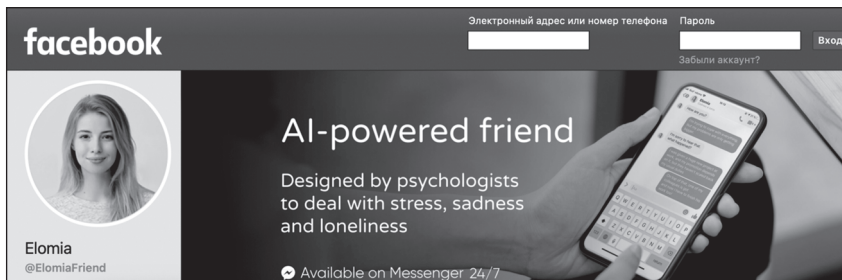


Рисунок 3.3



- доступність;
- закладенні останні розробки розуміння надання допомоги;
- робота на основі даних великої популяції;
- включення даних нейронаук про патологію чи проблему;
- терпимість та безвідмовність»;
- «невтомність» ШІ;
- самовдосконалення від роботи з пацієнтом;
- максимальна абстинентність.

Та все ж таки не зможе поки що замінити живого спілкування, де є свої переваги:

- емпатія;
- нестандартне мислення;
- розуміння потреби комплексного лікування пацієнта;
- досвід власних помилок;
- інтуїція;
- невербальна комунікація;
- етичні моменти, в тому числі етичний кодекс психотерапії;
- гнучкість терапії;
- відмова від терапії.

**Не потрібно забувати про можливості проблеми із ШІ-«психотерапевтом»:**

— Клінічну користь доведено далеко не в усіх додатках, а якість досліджень залишає бажати кращого. Наприклад, дослідження чат-бота *Woebot* Стенфордського університету містять багато методологічних недоліків, про що згадує у своїх оглядах професор Томас Бергер із кафедри клінічної психології та психотерапії Бернського університету.

— Людина може вибрати не ту допомогу, яка закладена в чат-боті.

— Роботизовані «психотерапевти» працюють за рамками етичних кодексів та супервізій.

— Вони не несуть юридичної відповідальності за надання допомоги.

### 3.4. Модель спільного прийняття рішення «лікар — пацієнт»

Науменко Г.М.

Найпоширеніші причини невдоволення пацієнта — це недостатня поінформованість про свою хворобу та варіанти лікування. Спільне прийняття рішень є доцільним, коли існує більше одного варіанта дій,

але жоден варіант, очевидно, не найкращий для всіх. Ця ситуація є загальною, оскільки часто існують різні способи лікування проблеми зі здоров'ям, кожен з яких може призвести до різних результатів. Вони відомі як «чутливі до переваг» рішення. У цих випадках ставлення пацієнта до можливих переваг та ризиків має бути ключовим фактором у прийнятті рішення.

Спільне прийняття рішень (**СПР**) — це процес, в якому пацієнти заохочуються брати участь у виборі відповідних методів лікування або варіантів самоуправління своїм станом. Досягнення спільного прийняття рішень залежить від побудови хороших взаємин на клінічній зустрічі, щоб інформація була спільною, і пацієнти отримували підтримку при обмірковуванні та висловленні своїх переваг і поглядів щодо майбутнього лікування.

Модель спільного прийняття рішень має 3 етапи: 1) впровадження вибору; 2) опис варіантів, часто шляхом інтеграції отриманої підтримки; 3) надання допомоги пацієнтам у вивченні переваг та прийнятті рішень. Отже, основними цілями СПР є надання інформації та підтримка процесу прийняття рішень.

СПР визнає необхідність підтримувати автономію пацієнта, будуючи хороші стосунки з ним, поважаючи його індивідуальну компетенцію та взаємозалежність з іншими. Це *ключові принципи самовизначення та реляційної автономії*. Ці принципи визначають поняття інформованої згоди, яка включає, окрім простої передачі інформації, виконання обраних поінформованих переваг. Теорія самовизначення стосується внутрішніх стимулів людини для захисту та збереження її благополуччя. «Реляційна автономія» — термін, який використовується для підкреслення думки, що людина не є абсолютно вільною та самоврядною в прийнятті рішення, а завжди залежить від міжособистісних взаємин та обмежена взаємними зв'язками.

Серед складнощів на шляху до досягнення реалізації нового підходу у спільному прийнятті рішення є низька медична грамотність пацієнтів, низький рівень навичок аналізу та розуміння інформації; крім того, деякі пацієнти приходять із культурного середовища, в якому не існує традицій приймати автономні рішення. Варто зазначити, що не всі рішення вимагають спільного мислення, як, наприклад, в ситуаціях, коли окремі переваги є зрозумілими, послідовними та узгодженими або коли потрібні термінові дії. Рішення в контексті тяжких і хронічних захворювань, як правило, досягаються в обговоренні з людьми, тому що в стресовій ситуації перед лицем тяжкої хвороби людина майже неспроможна прийти до чіткості без допомоги інших.

*Необхідні навички лікаря у процесі спільного прийняття рішення:* обмін інформацією; рефлексивне слухання; ставлення відкритих запитань; резюмування; ствердження; відкриття переваг; прогнозування. *Основні принципи такого підходу:* побудова взаємин; повага автономії; цікавість до пацієнта як до людини.

*Коли пацієнти беруть участь у спільному прийнятті рішень, вони отримують:* знання про свій стан здоров'я; визнають необхідність прийняти рішення та бути інформованими про варіанти; розуміють плюси та мінуси різних варіантів; мають інформацію та інструменти, необхідні для оцінки всіх варіантів; краще готові спілкуватися зі своїм медичним закладом; співпрацюють зі своєю групою медичних працівників, щоб прийняти спільне рішення; мають більше шансів і можливостей дотримуватися цього рішення.

*Медичний працівник при спільному прийнятті рішення отримує:* більше обізнаних і краще підготовлених до діалогу пацієнтів; міцні, довготривалі та довірливі стосунки. При цьому обидва (лікар і пацієнт) дуже задоволені.

У багатьох ситуаціях не існує єдиного правильного рішення щодо медичного рішення, тому що вибір щодо лікування, медичні дослідження та проблеми зі здоров'ям мають свої плюси та мінуси. Спільне прийняття рішень є особливо важливим у ситуаціях:

- коли існує декілька доцільних варіантів, наприклад, для проведення обстеження чи лікування;
- жоден варіант не має чіткої переваги;
- можливі переваги та недоліки кожного із варіантів, що впливають на пацієнтів по-різному.

Рекомендовані фрази для лікаря при впровадженні спільного прийняття рішень з пацієнтом:

— «Іноді речі в медицині не такі ясні, як думає більшість людей. Давайте працювати разом, щоб ми могли прийняти рішення, яке підходить саме вам».

— «Люди мають різні цілі та проблеми. Що ви думаєте про свої варіанти, що для вас важливо?»

— «Ви хочете обдумати дане рішення з ким-небудь ще? З кимось, кого може торкнутися дане рішення? З кимось, хто може допомогти вирішити проблему?»

#### ***3.4.1. Алгоритми дій на І етапі: вибір говорити з лікарем***

У процесі надання пацієнтам медичної інформації необхідно допомагати їм залучатися у процес вибору тактики лікування та подаль-

ших дій. Важливим завданням є з'ясувати, що пацієнти вже знають і чи це правильно, тому що люди надають різне значення результатам, пов'язаним з різними варіантами, та вибирають різні переваги щодо процесів і шляхів, які призводять до цих результатів. Якщо пацієнти не поінформовані, вони не зможуть оцінити, що важливо для них, що призведе до нераціонального встановлення особистісних переваг щодо того чи іншого рішення.

Перше завдання СПР полягає у забезпеченні того, щоб люди не приймали рішення, доки вони не стануть достатньо обізнаними в ключових питаннях, не допускати «прийняття рішень в умовах помилковості, яку можна уникнути» (Mulley Al.).

Друге завдання — підтримувати пацієнтів у процесі обмірковування варіантів, вивчаючи їх реакцію на інформацію. Коли медичні працівники пропонують свою роль у прийнятті рішень, деякі пацієнти відчують себе невпевнено щодо того, що може бути кращим. Якщо вся відповідальність за прийняття рішень передається пацієнтам, вони можуть відчувати себе покинутими.

*Вибір говорити* — це повідомити пацієнту, що існують доцільні варіанти вирішення проблем. Говорити про вибір — це етап планування. Компоненти включають в себе:

— *крок назад*. Підбивайте підсумки і скажіть: «*Тепер ми визначили проблему. Час подумати, що робити далі*»;

— *пропозицію вибору*. Будьте обережні, бо пацієнти часто неправильно сприймають уявлення про вибір і вважають, що клініцист є або некомпетентним, або непроінформованим, або і тим, і тим. Применшіть цей ризик, сказавши: «*Є корисна інформація про те, як ці процедури відрізняються одна від одної. Саме про це я хотів би поговорити з вами*»;

— *обґрунтування вибору*. Підкреслити важливість поваги індивідуальних уподобань та роль невизначеності. Важливою є персоналізація уподобань: пояснення того, що різні проблеми мають більше значення для деяких людей, ніж інші. Наголосіть: «*Лікування має різні наслідки. Деякі будуть мати більше значення для вас, ніж для інших*». Пацієнти часто не усвідомлюють ступінь невизначеності в медицині: очевидність може бути відсутньою, а індивідуальні результати непередбачуваними. Скажіть: «*Лікування не завжди ефективне, і шанси відчути побічні ефекти різняться*»;

— *перевірку реакції*. Вибір варіантів може бути незрозумілим: деякі пацієнти можуть висловити занепокоєння. Можна використати фрази: «*Чи будемо ми продовжувати?*» або «*Чи мені продовжити розповідати вам про варіанти?*»;

— *відкладання закриття*. Деякі пацієнти запитують клініцистів: «Скажіть мені, що робити?» Ми пропонуємо відкласти закриття, якщо виникає дане запитання, запевнивши пацієнта, що ви готові підтримати його. Скажіть: «Я радий поділитися своїми думками і допомогти вам досягти правильного рішення. Але перш ніж я це зроблю, чи зможу я детальніше описати варіанти, щоб ви зрозуміли, що для вас важливо?»

### **3.4.2. Алгоритм дій на II етапі: перевірка обізнаності**

*Перевірка знань*. Навіть добре обізнані пацієнти можуть лише частково усвідомлювати варіанти та пов'язані з ними ризики й переваги або бути дезінформованими. Перевірте, запитуючи: «Що ви чули чи читали про лікування раку передміхурової залози?»

*Варіанти вибору*. Зробіть чіткий список параметрів, оскільки він забезпечує хорошу структуру. Запишіть їх і скажіть: «Дозвольте мені перерахувати варіанти, перш ніж ми почнемо детальніше».

Якщо доцільно, включіть варіант *пильного очікування* або використовуйте позитивні терміни, такі як «активний нагляд».

*Опис варіантів*. Необхідно ініціювати діалог та досліджувати переваги, зрозуміло описуючи різні варіанти. Якщо є дві лікувальні процедури, скажіть: «Обидва варіанти аналогічні і включають прийом ліків на регулярній основі». Вкажіть, коли існують чіткі відмінності (хірургічне втручання або ліки), де можливе перенесення або де це не є можливим. Скажіть: «Ці варіанти матимуть різні наслідки для вас порівняно з іншими людьми, тому я хочу описати...»

*Ризики та переваги*. Розуміння плюсів і мінусів різних варіантів є основою спільного прийняття рішень. Необхідно взяти до уваги, що можливі вирішальні умови та обставини в процесі прийняття рішення пацієнтом, тому необхідно забезпечити дані про ризик у абсолютних, а також відносних показниках. Спробуйте доносити інформацію дозвано, розділивши на частини.

*Забезпечення підтримки рішення пацієнта*. Ці інструменти роблять параметри видимими та можуть заощадити час (наприклад, буклети, інфографіка, електронний ресурс). Деякі з них досить стислі для використання на клінічних зустрічах. Скажіть: «Ці інструменти розроблені, щоб допомогти вам зрозуміти варіанти більш докладно. Використовуйте їх, і при наступному вашому візиті я зможу відповісти на ваші запитання».

*Узагальнення*. Повторно перерахуйте параметри та оцініть розуміння, стимулюючи пацієнта сформулювати зрозумілу інформацію своїми словами. Це називається методом «навчання — повтор» і є гарною перевіркою неправильних уявлень.

### 3.4.3. Алгоритм дій на III етапі: прийняття рішення

*Зосередження на перевагах.* Спрямовуйте пацієнта в процесі формування переваг. Запропонована фраза: «*Що, на вашу думку, найбільше стосується вас?*»

*Вибір переваг.* Підготуйте резервний план, пропонуючи більше часу, або будьте готові супроводжувати пацієнта у процесі його вибору.

**Таблиця 3.1. Модель спільного прийняття рішення**

1	Дискусія	Процес, в якому пацієнти стають свідомими у виборі, розуміють свої варіанти та мають час і підтримку врахувати, «що їх найбільше хвилює»: можуть потребувати більше ніж один візит до клініки, не тільки віч-на-віч, можуть скористатися підтримкою в прийнятті рішення або порадитися з іншими. (Визначати варіанти, надавати підтримку, визначати цілі щодо проблем зі здоров'ям: « <i>Давайте разом приймемо найбільш оптимальне для вас рішення</i> »)
2	Вибір говорити	Виражає занепокоєння тим, що треба робити вибір, що може ініціюватися як клініцистом, так і самим пацієнтом. Даний етап може мати місце ще до клінічної зустрічі
3	Варіанти розмови	Пацієнт інформований щодо варіантів лікування більш детально. (Описати переваги та недоліки: « <i>Давайте порівняємо всі можливі варіанти</i> »)
4	Обговорення рішення	Пацієнт отримує підтримку під час дослідження, що саме турбує його більш за все
5	Підтримка у прийнятті рішення	Попередні варіанти можуть бути у двох форматах: докладно резюмовані (стислі), щоб бути використаними як пацієнтом, так і лікарем; більш обширно розроблені, щоб бути використаними пацієнтом як до, так і після клінічної зустрічі (буклети, диски, веб-посилання). (Нехай пацієнти знають, що мають час подумати над питаннями, і запитайте їх, що ще їм потрібно знати чи зробити, щоб почуватися комфортно у прийнятті рішення)
6	Початковий вибір	Усвідомлення варіантів веде до розвитку початкового вибору, що ґрунтується на існуючих знаннях. (Формування переваг, слухайте та спостерігайте, як пацієнт формує переваги, прийміть спільне рішення, що ґрунтується на перевагах: « <i>Поділіться, будь ласка, що є ключовим для вас у прийнятті рішення</i> »)
7	Інформований вибір	Персональний вибір, який ґрунтується на тому, що важливо для пацієнта, що обумовлено розумінням відповідних переваг і недоліків

**Таблиця 3.2. Навички спільного прийняття рішень**

	<b>Навик</b>	<b>Опис</b>	<b>Пояснення</b>
1	Уявіть спільне прийняття рішення	Запропонуйте спільне прийняття рішення і поясніть, чому це важливо	<i>«Є кілька варіантів лікування, і ми можемо вибрати разом, що є найбільш прийнятним для вас. Головне для нас, щоб вам було комфортно з остаточним рішенням»</i>
2	Перевірте вибір пацієнта щодо спільного прийняття рішення	Запитайте пацієнта про його (її) бажану роль у прийнятті рішень. Це потрібно робити більше ніж один раз, тому що переважні ролі пацієнтів можуть змінитися протягом усієї консультації та курсу хвороби	<i>«Мені важливо знати, як вам хочеться приймати рішення. Чи хотіли б ви, щоб я прийняв рішення, або ми можемо прийняти рішення разом, чи хотіли б ви прийняти рішення зі своєю родиною?»</i>
3	Підкріпіть спільне прийняття рішення	Якщо було прийнято спільне рішення, перегляньте концепцію пізніше (хіба що пацієнт відмовився від спільного прийняття рішень)	<i>«Пам'ятайте, я радий поговорити з вами про всі варіанти, і ми можемо прийняти це рішення разом»</i>
4	Створіть партнерські ствердження	Створіть робочий альянс з пацієнтом	<i>«Давайте працювати разом, щоб з'ясувати, як вирішити дану проблему» або «Давайте з'ясуємо, коли ми повинні почати вашу хімотерапію»</i>
5	Виражайте готовність допомогти	Зробіть конкретну пропозицію допомоги чи сформулюйте ствердження про доступність вас у майбутній допомозі з рішенням	<i>«Це тяжкі рішення, що треба зробити. Якщо я можу щось зробити, щоб допомогти вам з цими рішеннями, будь ласка, дайте мені знати»</i>
6	Запропонуйте відкласти прийняття рішення	Посилити час, щоб прийняти рішення про лікування, якщо це можливо. Якщо дана можливість доступна, переконайте пацієнта, що ця затримка не вплине на ефективність лікування	<i>«У нас є якийсь час, щоб прийняти рішення. Ми знаємо з попередніх досліджень, що немає різниці, якщо ви будете чекати до шести тижнів після хірургічного втручання перед початком такого лікування»</i>



Рисунок 3.4

*Перехід до рішення.* Спробуйте перевірити, чи потрібно відкласти рішення чи прийняти рішення. Запропоновані фрази: «Ви готові обрати?», «Ви потребуєте більше часу?», «У вас є інші запитання?» або «Є ще речі, які ми повинні обговорити?»

*Перегляд пропозицій.* Нагадування пацієнтові, де можливо переглянути прийняті рішення.

## Запитання для контролю та самоконтролю

1. Як потрібно представлятися, щоб не обдурювати пацієнта?
2. Якщо пацієнт страждає від болю або емоційного стресу, чи варто продовжувати клінічну бесіду?
3. За яких обставин можна доторкнутися до пацієнта?
4. Що робити, якщо пацієнт обіцяє повідомити студентів деякі важливі секрети, якщо той пообіцяє дотриматись конфіденційності інформації?
5. З яких основних пунктів складається алгоритм професійного спілкування Калгарі — Кембридж?
6. На яких двох стовпах ґрунтується алгоритм професійного спілкування Калгарі — Кембридж?
7. Який пункт алгоритму включає в себе проведення фізикального та інструментального дослідження?
8. Як спілкуватися під час фізикального обстеження?
9. Як краще залучити пацієнта до терапевтичного альянсу за допомогою невербальної поведінки?
10. Як дотримуватися структури під час бесіди з пацієнтом?



11. Яка мета побудови спільного плану дій з пацієнтом?
12. Як залучити пацієнта до спільного прийняття рішень?
13. Яка послідовність пояснення діагнозу?
14. Хто з медичних працівників має право надавати консультативно-лікувальну та реабілітаційну допомогу в мережі Інтернет?
15. Чи може лікар надавати подібну допомогу, залишаючись анонімним?
16. Яких етико-деонтологічних принципів повинен дотримуватися лікар, який працює дистанційно з пацієнтом?
17. Чи повинен лікар вести медичну документацію, якщо він дає поради та консультує в Інтернеті?
18. Чи має право лікар робити остаточний висновок про стан здоров'я пацієнта лише на підставі дистанційного спілкування?
19. Чи має право лікар використовувати інформацію щодо пацієнта, з яким він працював лише дистанційно, з педагогічно-науковою метою, в тому числі публікувати її?

### Ситуаційні завдання

**1.** Незнайома лікареві людина знайшла в Інтернеті електронну адресу лікаря і написала йому листа, в якому обмежено, але дуже емоційно описала проблему свого сина. Її прохання до лікаря: «Допоможіть встановити діагноз сина».

Для лікаря ця проблема невідома і виходить за компетенції його фаху, хоча деякі описані синдроми та синдромокомплекси вказують на можливий коморбідний розлад, де є патологія, з якою лікар працює.

*Якими повинні бути дії лікаря в цьому випадку?*

**2.** Лікар у соціальних мережах прочитав про ситуацію з незнайомою людиною, що закінчилася тяжкою хворобою та проханням надати допомогу в експертному висновку хворобливого стану. Пацієнт детально з посилком на медичну документацію та параклінічні обстеження описує свою проблему. Звертається до користувачів соціальної мережі, які є медичними працівниками (лікарями, медичними науковцями), із проханням допомогти в експертному висновку. Мета потреби цього висновку не пояснюється.

*Якими повинні бути дії лікаря в цьому випадку?*

**3.** Лікар тривалий час підтримує контакти та дає поради своєму колишньому пацієнтові, який зараз мешкає в іншій країні. За це він отримує домовлену фінансову винагороду. Поради стосуються як за-

гальних психогігієнічних сторін, так і конкретних медичних препаратів і методів немедикаментозної терапії. Через якийсь час пацієнт звертається до лікаря з проханням дати йому письмовий висновок про його лікування за останній час, тобто тоді, коли контакт з лікарем був лише віртуальним. Висновок йому потрібен для судового позову до клініки, в якій він лікувався в країні, де він зараз проживає. Висновок пацієнт просить оформити на бланку та з печатками медичного закладу, де офіційно працює лікар.

*Якими повинні бути дії лікаря в цьому випадку?*

**4.** У пацієнтки К., 67 років, нещодавно був діагностований рак молочної залози. Вдова, живе самотньо в сільській місцевості. Лікар запропонував вибір між лампектомією з променевою терапією (хірургія збереження грудей) та мастектомією, було зазначено рівну ймовірність виживання для цих двох процедур. Вона була стривожена даним вибором. К. вислухала уважно варіанти і, незважаючи на добре надану інформацію, віддала перевагу лампектомії та променевої терапії, бо вони є «менш інвазивним» варіантом.

Пацієнтка стала дуже виснаженою під час променевої терапії, а її груди стали чутливими та набагато меншими. Даний ефект К. не передбачала. Через два роки латеральний локальний рецидив раку молочної залози призвів до мастектомії. На цьому етапі К. зрозуміла, що після лампектомії спостерігається вища (подвійна) швидкість місцевого рецидиву. Вона жалкувала та вважала, що її рішення могло би бути іншим, якби їй було надано більше інформації та вона мала можливість висловити своє сильне бажання уникнути рецидиву.

*Якими повинні бути дії лікаря в цьому випадку?*

**5.** У пацієнта Е., 75 років, нещодавно було діагностовано збільшення простати, що спричинило часте сечовипускання. Йому запропонували операцію як найефективніше лікування в даному випадку, він прийняв рекомендацію. Перед операцією Е. вів активне статеве життя, що було важливо для нього та його дружини, але все серйозно змінилося після операції.

Йому було повідомлено до операції, що деякі чоловіки мають сексуальні проблеми після операції, але він не пов'язував дану інформацію з собою особисто. У нього не склалося розуміння, що дана інформація була пересторогою для нього особисто, тому він і не врахував даний ступінь ризику. Е. відчуває, що, якщо б йому

було надано більше шансів обговорити його особисті переваги, він, можливо, відклав операцію на користь «пильного очікування» (активний нагляд).

Якими повинні бути дії лікаря в цьому випадку?

## Рекомендована література

1. *Комунікативні навички лікаря. Конспект лекцій. Під ред. О.С. Чабана. К.: LAT & K, 2017. 152 с.*
2. *Основи загальної та медичної психології. За ред. І.С. Вітенко, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 435 с.*
3. *Чабан О.С. Корекція невротичних розладів on-line. Здобутки клінічної та експериментальної медицини. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 57 с.*
4. *Кодекс етики врачей Рунета. <http://gradusnik.ru/kodex/>*
5. *Короткий В.М., Колосович І.В. Лікувальний комплаєнс: поняття, проблема та шляхи її вирішення. Мистецтво лікування. 2004. № 8. С. 74-79.*
6. *Silverman J. The Calgary-Cambridge guides: the "teenage years". Blackwell Publishing Ltd. The Clinical Teacher. 2007. № 4. P. 87-93.*
7. *Brown J., Noble L.M. Clinical communication in medicine. Oxford, 2016. 252 p.*
8. *Bialik M., Fadel C. Skills for the 21<sup>st</sup> century: What should students learn? 2015. 18 p.*
9. *Care Quality Commission. The state of health care and adult social care in England. Care Quality Commission, 2010.*
10. *Mackenzie C. Relational autonomy, normative authority and perfectionism. J. Soc. Philos. 2008. № 39(4). P. 512-33.*
11. *Six Steps of Shared Decision Making. 2012 by Informed Medical Decisions Foundation. Adapted and used with permission.*
12. *Politi M.C., Clark M.A., Ombao H., Dizon D., Elwyn G. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? Health Expectations [Internet]. 2011 Mar [cited 2011 Oct 4]. № 14(1). P. 84-91. Available from: doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00626.x.*
13. *Elwyn G., Frosch D., Volandes A.E., Edwards A., Montori V.M. Investing in Deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. Med. Decis. Making. 2010. № 30(6). P. 701.*
14. *Ronald M. Epstein, Richard L. Street, Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in Serious Illness. Annals of family medicine. 2011. № 9(5). ■*

# Розділ 4.

## Алгоритми навичок професійного спілкування в окремих клінічних ситуаціях

**Ключові поняття теми:** погані новини, повідомлення несприятливих новин, складні запитання, протокол SPIKES, настанова ASCO.

### 4.1. Алгоритм повідомлення поганих новин

*Мухаровська І.Р., Коваль І.А., Ассонов Д.О.*

У середині ХХ ст. у світовій медичній практиці відбулася кардинальна зміна поглядів щодо повідомлення пацієнту загрозливого для життя діагнозу. Пацієнтам стали говорити, що вони мають захворювання з несприятливим для здоров'я та життя прогнозом. Подібні бесіди викликали суттєвий стрес як у пацієнта, так і в лікаря. Почалося активне вивчення особливостей комунікації в терапевтичній діаді «лікар — пацієнт» під час лікування, особливо повідомлення діагнозу та несприятливих новин. Стало зрозумілим, що перед лікарем поставлене складне завдання, адже відбувається не просто передача інформації, але закладаються основи подальшої взаємодії та співробітництва між лікарем та пацієнтом.

*Несприятливою* вважають таку новину, що викликає негативні зміни в мисленні, поведінці та емоційному стані людини, що зберігаються протягом тривалого часу та формують негативний образ свого майбутнього. На рівні мислення з'являються постійні нав'язливі думки про негативні наслідки захворювання та загрозу смерті, від яких пацієнту складно відволіктися чи переключитися. В емоційній сфері виникають зниження настрою, тривога, дратівливість. Поведінка хворих стає неадаптивною, вони можуть відмовлятися від запропонованого лікування, займатися нетрадиційним лікуванням захворювання, вживати алкоголь та психоактивні речовини з метою зниження тривоги, зростає ризик автоагресивних дій.

### **4.1.1. Структура складних запитань**

У медичній практиці часто виникають ситуації, коли пацієнти задають лікарю так звані *складні запитання*. Суть подібних запитань полягає в тому, що на них складно однозначно, прямо чи коротко відповісти, тому що вони зачіпають важливі сфери життя пацієнта та можуть викликати у співрозмовника вкрай негативну емоційну реакцію, неадаптивну поведінку, зруйнувати контакт між лікарем та пацієнтом і довіру до спеціаліста.

Складність запитання обумовлюється різними причинами. Можна виділити *когнітивний, емоційний та екзистенційний* компоненти складних запитань:

#### **1. Когнітивний компонент:**

— питання малодосліджене загалом або недостатньо інформації для відповіді (неповні дані діагностики);

— багатогранність ситуації — наявна значна кількість факторів, що задіяні в ситуації, інтерпретація фактів залежить від точки зору та позиції;

— наявні декілька варіантів вибору з наслідками, що далекі від оптимальних.

#### **2. Емоційний компонент:**

— особливості психічної організації пацієнта (акцентуації, висока емоційна чутливість, імпульсивність, афективні чи невротичні розлади в анамнезі, суїцидальні спроби, інше), що є підґрунтям для розвитку інтенсивних психоемоційних реакцій;

— переживання стосовно непередбачуваної емоційної реакції чи поведінки пацієнта у відповідь на повідомлення;

— емоційний дискомфорт під час повідомлення поганих новин у лікаря.

#### **3. Екзистенційний компонент:**

— вітальність ситуації — інформація має важливе значення для життя пацієнта;

— актуалізація екзистенційних переживань та страхів.

Складні запитання найчастіше стосуються:

— *кризових ситуацій, пов'язаних із фізичним станом* (вітальна загроза, значні зміни життєвого стилю, обмеження та втрати, зумовлені хворобою);

— *інтимної сфери* (статеве життя);

— інформації, що може *спричинити негативне ставлення* до пацієнта (ВІЛ/СНІД, венеричні хвороби, психічні розлади, інше).

У «складних розмовах» важливий зміст повідомлення та не менш значима форма донесення інформації, що певною мірою забезпечує

конструктивність всієї бесіди. Також важливо пам'ятати про невербальні сигнали, які супроводжують процес комунікації. Невідповідність між вербальними та невербальними сигналами лікаря в комунікації, наприклад, коли фахівець намагається пом'якшити погану звістку, буде лише посилювати тривогу пацієнта, знижувати довіру до лікаря.

За потреби збору інформації, що стосується інтимної сфери життя пацієнта, важливо розуміти:

— як лікар власне сам ставиться до того, про що запитує пацієнта, тобто рівень особистої позиції та установок, які через невербальні сигнали транслюють пацієнту відношення фахівця до нього (аборти, кількість статевих партнерів, інше);

— наскільки необхідною та важливою для процесу лікування є інформація подібного характеру;

— якими будуть наслідки для лікування, якщо інформація буде неповною.

У ситуації, коли діагностування захворювання може потенційно негативно вплинути на сприйняття пацієнта іншими, у тому числі і лікарем, існує вищий ризик, що надана хворим інформація буде неповною задля збереження певного позитивного образу. Це може ускладнити процес встановлення діагнозу і, відповідно, ефективність лікування. Вперше феномен стигматизації був описаний стосовно пацієнтів із психічними розладами, проте для низки соматичних захворювань це також є актуальним (ВІЛ/СНІД, венеричні захворювання, онкологічна патологія).

Тактика лікаря у таких ситуаціях:

1) прийняти клінічну ситуацію такою, якою вона є, незважаючи на варіанти «які могли бути, якби пацієнт звернувся вчасно чи поведився по-іншому» (ми можемо працювати з тим, що є, минулого не змінити);

2) зосередитися на фізичному стані пацієнта та його лікуванні;

3) ставитися до пацієнта безоціночно, не засуджувати, не коментувати поведінку, тому що інша людина не може знати всіх обставин ситуації, передумов, які привели до хвороби;

4) у разі виявлення в себе негативної реакції на пацієнта спробувати знайти і позитивні аспекти («ставити багато запитань, шукає відповіді в Інтернеті — вмотивований на лікування», «тривало не звертався з больовим синдромом — здатний витримати складне лікування»);

5) впливати на поведінку хворого, а не його особистість, і тою мірою, в якій це стосується лікувального процесу.

У стресовій чи психотравматичній ситуації змінюються сприйняття та оцінка інформації, що значною мірою обумовлено негативними переживаннями та емоціями.

Вплив стресової ситуації на психічну діяльність пацієнта проявляється в тому, що:

— вітальна загроза викликає виражені зміни в психоемоційному стані (тривогу, страх, зниження настрою, дратівливість);

— на фоні емоцій *когнітивні процеси змінюються* (пацієнт не розуміє пояснень лікаря, вибірково сприймає інформацію, приймає ірраціональні рішення);

— *поведінка* пацієнта може бути *нетиповою, дезорганізованою, непередбачуваною*.

Саме тому при повідомленні несприятливих новин потрібно створити сприятливі умови для отримання пацієнтом інформації в найменш травматичний для нього спосіб.

*Основні завдання комунікації* при повідомленні несприятливих новин лікарем:

1. Установлення контакту, що достатній для реалізації лікувальних цілей.

2. Формування відносин між лікарем та пацієнтом на основі довіри, авторитету, взаємоповаги та партнерства.

3. Визначення рівня знань та очікувань пацієнта стосовно поточного стану здоров'я через прояснення для формування оптимальної тактики повідомлення інформації щодо діагнозу та прогнозу.

4. Надання вірогідної інформації про стан здоров'я пацієнта та лікування відповідно до лікувальних завдань та потреб хворого.

5. Вибір форми та обсягу надання інформації пацієнту з врахуванням прогнозу хвороби, вікових та індивідуально-психологічних особливостей хворого.

6. Реагування на емоції пацієнта та вплив на психоемоційний стан (підтримка, заспокоєння, підбадьорювання, мотивування) із метою покращення прихильності до лікування, профілактики психічних зрушень чи розладів.

7. Визначення потреб пацієнта в процесі діагностики та лікування (як медичних, так і психологічних, соціальних, духовних).

8. Планування лікування відповідно до завдань лікування, потреб та можливостей пацієнта. Надання вибору щодо варіантів лікувальної стратегії за їх наявності.

#### **4.1.2. Принципи повідомлення несприятливих новин**

У 70-ті роки ХХ ст. після зміни поглядів на питання «Говорити чи ні про діагноз з пацієнтом?» відбулися кардинальні зміни у взаємодії «лікар — пацієнт». Можливість говорити з хворим про онкологічний

діагноз дозволила розкрити той спектр переживань, які виникають у відповідь на хворобу, та, відповідно, відкрила можливості вивчення особливостей психологічного реагування пацієнта на діагноз і, головне, обговорювання потреб хворого та труднощів у процесі лікування.

Е. Kubler-Ross описала п'ять ідеально-типових фаз процесу, які проходить хворий від початку встановлення діагнозу та на етапах лікування тяжкого захворювання: шок, фази заперечення, агресії, депресії та фаза прийняття. На етапі шоку свідомість хворого наповнюється відчуттям невідоротної загибелі. За шоком йде фаза заперечення, витіснення ситуації. У фазі агресії отримана інформація визнається й особистість реагує пошуком причини і винних. За стадією агресії йде стадія «торгівлі».

Пацієнт вступає у «переговори» (внутрішні діалоги з Богом, долею) за продовження свого життя. Фаза депресії виявляється зниженням настрою, згадуванням минулих образ та незавершених конфліктів, домінуючим в її формуванні є переживання втрати звичного укладу життя, крах планів на майбутнє. На зміну приходить стадія примирення з долею, момент переоцінки цінностей. Людина приймає відповідальність за всі обставини свого захворювання і свого існування. Варто відзначити, що дані стадії проходять не у строгій послідовності і можуть змінювати черговість.

Виявлення та оцінка потреб хворого під час подібної бесіди дозволяють виробити оптимальну лікувальну тактику, підтримувати взаємодію між лікарем та пацієнтом на рівні співробітництва. Якщо необхідно, за згоди хворого до розмови можна залучати рідних пацієнта як підтримку.

Основними принципами повідомлення несприятливих новин є:

1. Структурування бесіди з хворим.
2. Оцінка поінформованості та потреба пацієнта в інформації щодо хвороби та лікування.
3. Надання доступної для розуміння хворого інформації, пов'язаної із захворюванням та його лікуванням, з урахуванням психологічної готовності пацієнта до її отримання.
4. Інформація має бути дозованою, але обов'язково вірогідною.
5. Повідомлені новини мають орієнтувати хворого в основних аспектах захворювання, тактиці лікування, сприяти встановленню достатнього терапевтичного альянсу та прихильності пацієнта до лікування, формувати активну позицію пацієнта під час лікування.
6. Налагодження оберненого зв'язку: зрозумілість інформації для пацієнта, орієнтування на співпрацю з медичним персоналом.



### **4.1.3. Повідомлення несприятливих новин родичам**

На комунікативному рівні повідомлення негативних новин родичам пацієнта подібне до повідомлення загрозливого діагнозу для самих пацієнтів.

Шестиетапний протокол для ефективного надання інформації родичам:

- Початок.
- Що родич знає?
- Скільки родич хоче знати?
- Надайте інформацію.
- Реагуйте на почуття.
- Плануйте подальші кроки та спостерігайте (підсумки та планування; доступність).

*Інструменти роботи при оголошенні діагнозу та несприятливих новин:* попередження (здається, що все виявиться набагато складніше), дати можливість заперечення, пояснення, з'ясувати, що турбує пацієнта/родича, дозволити пацієнтові/родичу висловлювати свої почуття.

*Що повідомляти* — реальні факти щодо хвороби та прогнозу. Від самого початку терапії: перспективи лікування, ризику рецидиву та продовження хвороби, зміст допомоги на кожному етапі (радикальне лікування чи паліативна допомога).

*Як повідомляти* — дозовано, зрозуміло, неодноразово. Негативні новини потрібно надавати «порціями», такими, якими людина готова сприйняти, зрозуміло, використовуючи поняття, які людина здатна зрозуміти з огляду на свій вік, рівень медичних знань, неодноразово — повертатися до ключових моментів у лікуванні, особливо якщо вони мають визначальне значення для стану пацієнта.

*З якою метою* — надання якісної допомоги.

Хронічний перебіг хвороби часто супроводжується зниженням працездатності пацієнта у зв'язку із захворюванням та його можливостей до автономії, у тому числі самообслуговування, тому значення родини зростає. Важливо забезпечити інформацією та навчити родичів базовим медичним навикам, що дозволять проводити догляд за пацієнтом в умовах поза лікувальним закладом:

- визначення провідних симптомів погіршення стану хворого, коли потрібно звертатися до лікаря за корекцією лікування;
- забезпечення режиму, правильний прийом лікарських засобів;
- медичні процедури, що можуть проводитися на дому (санация ротової порожнини, поверхнева зміна пов'язки, профілактика пролежнів, інше).

**Алгоритм повідомлення про смерть пацієнта.** У разі смерті пацієнта, що відбулася внаслідок гострих медичних станів, у стаціонарі важливо дотримуватися низки моментів:

- психологічно налаштуватися, що у відповідь на звістку про смерть близької людини родич буде виявляти бурхливу емоційну реакцію;

- продумати, що саме ви будете казати, місце розмови, виділити час для бесіди;

- застосувати ввідну техніку запобігання («стан хворого при надходженні був дуже складним, ми застосували всі наявні засоби та залучили найкращих спеціалістів, але, на жаль, нам не вдалося стабілізувати стан вашого близького...»);

- висловити співчуття з приводу втрати;

- не вступати в конфронтацію у відповідь на образи, звинувачення родича;

- продумати, кого ви можете залучити до розмови, якщо очікуєте вкрай негативну реакцію людини (психолога, іншого родича, більш досвідченого колегу);

- дайте час усвідомити новину, після чого поясніть подальші дії родича, пов'язані з вирішенням процедурних питань (довідка про смерть, заява про відмову від розтину, інше);

- у разі бурхливої реакції, що супроводжується плачем, криком, бажано відвести родича в приміщення, віддалене від палат та інших відвідувачів, щоб не загострювати психічний стан інших пацієнтів.

При повідомленні людині про смерть його рідних необхідно враховувати таке. Родич, якому повідомляється про смерть близької людини, повинен чітко розуміти, з ким він спілкується зараз. Тому лікар повинен чітко представитися, повідомивши свій статус та ім'я. Найбільш часто людина, що отримує інформацію про смерть, опускається на стілець, кушетку, диван або, навпаки, встає. Лікар для встановлення візуального контакту з родичами потерпілого повинен опуститись або піднятися так, щоб рівень очей збігався.

Тривалі і змістовні розмови з особами, що сумують, є малоефективними. Відзначимо, що в перші хвилини після отримання інформації про смерть родича людина, яка горює, «нікого не чує», зазвичай відповідає, що відчуває себе добре. Деякий час рекомендується постійно знаходитися поряд із тими, хто сумує, у безпосередній близькості, ні на секунду не залишаючи людину одну, не випускаючи її з поля уваги, щоб не пропустити гострий реактивний стан. При цьому не обов'язково з нею розмовляти, можна просто мовчки бути поруч. Тривалість часу

постійного знаходження з людиною, що горює, визначається самим лікарем і залежить від декількох факторів. Якщо перші гострі реакції пройшли і поруч є близькі люди, то лікар йде, коротко інструктуючи родичів. Якщо родичів поруч немає, то бажано знайти людину, яка буде продовжувати спостереження за родичем із дальньої відстані (наприклад, медичну постову сестру).

Однією з найскладніших ситуацій за ступенем негативного впливу на психіку лікаря є ситуація повідомлення батькам про смерть їх дитини. Тому рекомендується, щоб у даній процедурі брали участь декілька лікарів.

***Алгоритм дій лікаря в разі, якщо родина просить не повідомляти негативні новини хворому (про погіршення стану здоров'я, ускладнення, інше):***

1. Проясніть причини, що спричиняють прохання членів родини не повідомляти інформацію хворому про стан його здоров'я:

— страх зіштовхнутися з бурхливими емоціями пацієнта та відчуття, що вони з цим не справляться;

— переживання, що у хворого виникне депресія та він може вчинити суїцид;

— релігійні, культуральні особливості;

— особливий контекст ситуації.

2. Запропонуйте способи, якими можна зменшити вплив негативної звістки:

— запропонувати такий план медичної допомоги, що допоможе максимально вирішити проблеми зі здоров'ям хворого;

— допомогу психолога в разі виникнення тяжких психічних реакцій.

3. Поясніть, до чого може приводити неповідомлення вірогідної інформації про стан здоров'я хворого в разі його бажання про це знати з юридичної та психологічної точки зору.

З юридичної точки зору це:

— порушення прав пацієнта;

— неможливість вчасно владнати юридичні аспекти — заповіт, оформлення опікунства.

З психологічної точки зору це:

— сприяння пасивній позиції пацієнта в лікуванні, зниженні його відповідальності за результат;

— обмеження свободи волі та вибору приймати рішення щодо свого життя (тіла);

— невідомість, що викликає та посилює тривогу;

— невідповідність фізичного самопочуття хворого та наданої інформації про стан здоров'я (пацієнтові стає гірше, а його запевняють, що все гаразд);

— коли рідні хворого знають більше, ніж пацієнт, вони проходять стадії реагування на складну хворобу (шок, заперечення, гнів, торгівля, депресія, прийняття) раніше за хворого, що формує відчуження в родині.

**Особливості повідомлення поганих новин батькам дитини.** Повідомлення діагнозу та несприятливих новин батькам дитини має свої особливості. Оскільки батьки дитини виступають її офіційними представниками, інформацію щодо діагнозу, лікування та перебігу захворювання лікарі обговорюють першочергово з батьками. Однак це не означає, що лікар не взаємодіє із самою дитиною. Із віком дитини спілкування щодо змістовних складових захворювання (цілі лікування, вплив хвороби на життя та здоров'я та ін.) лише зростає. Якщо дітям молодшого віку медичному працівнику та батькам достатньо приділити увагу, емоційно підтримати, то в більш старшому віці діти починають ставити запитання про те, що означають ті чи інші симптоми, чому захворювання повернулося, коли вони вилікуються, чи можуть вони померти від хвороби. І коли дорослі не відповідають на подібні запитання дитини, у неї посилюється внутрішнє напруження, вона залишається один на один зі своїми страхами та фантазіями, почуватися самотньою, замикається в собі або, навпаки, стає дратівливою та спрямовує агресію на оточуючих.

#### **4.1.4. Алгоритм повідомлення поганих новин за протоколом SPIKES**

Для повідомлення поганих новин у клінічній медицині користуються протоколом *SPIKES* (Baile et al., 2000).

**Історія створення протоколу.** Вперше протокол повідомлення поганих новин *SPIKES* було запропоновано Baile et al. у 2000 році для використання в онкологічній практиці. Опитування, проведені роками раніше, виявили, що, незважаючи на те, що більшість онкологів повідомляють своїм пацієнтам погані новини багато разів на місяць, все одно залишається низка ситуацій та моментів, які викликають у них труднощі.

До таких ситуацій та моментів належать:

— необхідність бути чесним, проте залишати в пацієнта надію на одужання;

— нерозуміння, як себе поводити, коли пацієнт відчуває сильні емоції, такі як гнів чи смуток;

- потреба вкладатися в певні часові рамки;
- труднощі в залученні родичів чи друзів пацієнта до його лікування.

Окрім вербального компонента повідомлення поганих новин вимагає від лікаря володіння багатьма іншими навичками, такими як реагування на емоційні реакції пацієнтів, вміння залучити пацієнта до процесу прийняття рішень щодо лікування та надати надію в несприятливій ситуації.

*Мета протоколу SPIKES* полягає в наданні достатньої, вірогідної інформації пацієнту стосовно стану його здоров'я, прогнозу та лікування захворювання в зрозумілій формі та в спосіб, що найменше психологічно травмує хворого і зберігає його активність та позитивну налаштованість у лікувальному процесі задля протидії хворобі.

Основні завдання протоколу *SPIKES*:

- збір інформації — знання, очікування, готовність сприйняття інформації пацієнтом;
- надання інформації відповідно до потреб та переживань хворого;
- підтримка на етапі повідомлення новин;
- розробка плану лікування відповідно до завдань лікування, можливостей та потреб пацієнта.

Протокол *SPIKES* складається з таких шести етапів:

*Setting* — підготовка до бесіди.

*Perception* — оцінка того, як пацієнт сприймає ситуацію.

*Invitation* — визначення готовності пацієнта отримати інформацію.

*Knowledge* — повідомлення пацієнтові поганих новин.

*Emotion and Empathy* — реагування на емоції та підтримання контакту з хворим.

*Strategy and Summary* — обговорення стратегії та підсумок.

### ***Eman 1. SETTING UP the interview — підготовка до бесіди***

Метою етапу підготовки до бесіди є створення оптимальних умов для проведення складної розмови шляхом визначення простору (приміщення), виділення часу, психологічного налаштування лікаря, підбору наочних матеріалів та інформації.

#### *Чек-лист на етапі «Підготовки бесіди»*

Продумати та підготувати приміщення для бесіди. Проводити бесіду в окремій кімнаті або приміщенні, в якому можна відокремити місце для розмови, що дозволить сформувати відчуття безпеки, дотриматися конфіденційності та в разі виникнення бурхливої емоційної реакції пацієнта її локалізувати, адже в медичному закладі перебувають

й інші пацієнти, і це негативно відобразиться на їх психологічному стані.

Спланувати час. Виділити достатньо часу, зазвичай більше, ніж звичайний візит, що обумовлено: наданням відповідей на запитання хворого, які стосуються важливих аспектів обговорення прогнозу, варіантів та можливостей лікування; реагуванням на емоції пацієнта. У разі браку часу визначити часові межі бесіди та спланувати наступний візит для обговорення питань, що залишилися.

Задіяти значимих для хворого осіб (підтримка). Близьке оточення пацієнта є ресурсом підтримки для хворого, та в разі розвитку емоційних реакцій пацієнт залишиться під наглядом родичів. У разі, коли пацієнт не зможе сприйняти важливу інформацію внаслідок психоемоційного напруження, її можна передати членам родини (попередньо узгодивши з пацієнтом можливість надання конфіденційних даних іншим особам).

Підготувати додаткові наочні матеріали для прояснення. Візуалізація інформації, опора на дані статистики в обговоренні прогнозу допомагають краще сприйняти та оцінити отримані дані.

Психологічно налаштуватися лікарю на розмову, що включає усвідомлення свої емоції та переживання у зв'язку з повідомленням негативних новин.

Визначити потенційні складні запитання та продумати на них відповіді.

Установити достатній контакт із пацієнтом (зоровий контакт, оптимальна дистанція, звернення на ім'я, інше).

### ***Eman 2. Assessing the Patient's PERCEPTION — оцінка того, як пацієнт сприймає ситуацію***

Метою етапу оцінки сприйняття пацієнта є виявлення рівня знань й очікувань хворого, наявності ірраціональних уявлень стосовно стану здоров'я як вихідного рівня для надання інформації, а саме:

- що хворий вже знає, відповідно, не потребує пояснення;
- що хворий не знає, має бути повідомлено під час консультації;
- що розуміє неправильно (ірраціональні уявлення), має бути скориговано.

Для лікаря важливо зрозуміти прогалини та ірраціональні уявлення пацієнта щодо захворювання, тому що вони є підґрунтям для формування неконструктивної поведінки хворого під час лікування та основою для розвитку негативних психологічних реакцій, що можуть трансформуватися навіть у психічні розлади.

Наявність у пацієнта очікувань стосовно захворювання і його лікування, що не відповідають реальності, потребує застосування відповідних технік повідомлення несприятливих новин.

*Чек-лист на етапі «Оцінка сприйняття пацієнта»*

Ставити відкриті запитання пацієнту щодо його знань й очікувань з приводу хвороби та лікування за принципом «перед тим, як сказати, запитай», що дозволять зрозуміти переживання, уявлення та позицію пацієнта стосовно захворювання:

*«Коли з'явилися перші прояви хвороби?.. Коли ви вирішили звернутися за медичною допомогою?.. (якщо мав період затриманого звернення)... Ви звернулися за медичною допомогою через певний час. Що змусило вас звернутися саме зараз?»*

*«Чи є у вас ідеї/думки про те, в чому проблема?»*

*«Чи є що-небудь, через що ви переживаєте?»*

Прояснювати (ставити уточнюючі запитання) розуміння пацієнтом проведених діагностичних, лікувальних процедур та їх значення для хворого (вплив на фізичний, емоційний стан):

*«На консультацію вас направив сімейний лікар. Розкажіть, будь-ласка, які вам робили обстеження? Як сімейний лікар пояснив результати діагностики і потребу у направленні до спеціаліста в галузі лікування... захворювань?»*

Виявити форми заперечення хвороби та дезадаптивні психологічні реакції пацієнта.

Визначити фактори ризику, що можуть негативно вплинути на сприйняття пацієнтом інформації про захворювання (психічні розлади в анамнезі, спроби суїциду, наявність у родині хворих на таке ж тяжке захворювання, відсутність психосоціальної підтримки, фінансова незабезпеченість).

***Eman 3. Obtaining Patient's INVITATION — визначення готовності пацієнта отримати інформацію***

Метою етапу отримання запрошення від пацієнта є визначення принаймні формальної готовності до отримання інформації та обсягу даних щодо стану здоров'я, процесу діагностики та лікування.

*Чек-лист на етапі «Запрошення»*

Прояснити готовність пацієнта до повідомлення інформації: *«Сьогодні ми отримали остаточні результати проведеної діагностики. Ми можемо перейти до їх обговорення?»*

Визначити обсяг інформації, яку пацієнт хоче отримати від лікаря: *«Було проведено багато обстежень. Вас цікавлять їх результати деталізовано чи ми можемо зупинитися на основних моментах?»*

*«На основі результатів діагностики ми можемо бачити картину щодо вашого стану загалом. Для вас важливо знати результати деталізовано чи ми зупинимось на основних і обговоримо тактику лікування?»*

З'ясувати, чи бажає пацієнт, щоб на консультації були присутні члени родини: *«Чи бажаєте ви, щоб тут були члени родини/друзі?»*

#### ***Eman 4. Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient — повідомлення пацієнтові поганих новин***

Метою етапу повідомлення поганих новин є надання вірогідної дозованої та одночасно достатньої інформації стосовно захворювання та його лікування пацієнту в спосіб, що забезпечує її адекватне сприйняття, зберігає мотивацію до лікування та запобігає розвитку несприятливих психологічних реакцій у хворого.

##### *Чек-лист на етапі «Повідомлення поганих новин»*

Вибрати темп і форму повідомлення негативної інформації, застосовуючи принципи повідомлення несприятливих новин: застосовувати ввідні слова, такі як «на жаль»:

*«На жаль, пухлина, яку ми у вас знайшли, може призвести до погіршення стану здоров'я»* — зробити паузу та зачекати; *«Так, мені жаль це повідомляти, але ця пухлина злаякісна»* — зробити паузу та зачекати.

Подавати інформацію частинами («порціями»). Є поширена ідея, що це краще допоможе зменшити дистрес пацієнта, коли лікар буде повідомляти про прогноз, ніж повідомлення всіх поганих новин одразу:

*«Як ви знаєте, ми взяли біопсію (зразок тканини для обстеження), на жаль, результати виявились не такими, як ми сподівались»* — зробити паузу та зачекати; *«Я боюся, новини не є добрими»* — зробити паузу.

Після кожної тези робити паузу та почекати для того, щоб пацієнт поставив запитання. Потім переходити до наступної тези. У пацієнта при повідомленні поганих новин в голові може крутитися мільйон різних думок. Йому потрібен час для усвідомлення.

Говорити зрозумілою для пацієнта мовою (відповідно до віку, стану хворого) і при використанні медичних термінів їх обов'язково пояснювати. На запитання слід відповідати так, щоб пацієнт зрозумів відповідь.

Не катастрофізувати, тобто використовувати нейтральні безоцінні твердження стосовно діагнозу, стадії, тяжкості перебігу, щоб не посилити негативні переживання пацієнта.



Техніка «бутерброду» — послідовне повідомлення поганої, а за нею доброї новини (*«ми виявили захворювання, проте на сьогодні існують успішні методи лікування»*).

Перевіряти розуміння пацієнтом сказаного, прояснити.

Відстежувати емоційну реакцію пацієнта на негативні новини та застосовувати техніки реагування на емоції: *«Я бачу, що ці новини — це величезний шок»* — зробити паузу та зачекати; *«Ви виглядаєте надзвичайно стурбованим»* — зробити паузу та зачекати; *«Що найбільше вас тривожить?»*

Більше відповідати на запитання, ніж намагатися все пояснити, концентруватися на найважливіших аспектах — пацієнт на фоні стресу може не запам'ятати деталі.

Представити для пацієнта можливості лікування або шляхи вирішення асоційованих із хворобою проблем: замість *«Ми нічого зробити не можемо»* застосовувати формулювання *«Так, ситуація дійсно складна... і складно сприйняти, що ми не можемо суттєво вплинути на перебіг захворювання... проте ми можемо спрямувати наші зусилля на контроль за симптомами, що дозволить підтримати якість життя»*.

Узагальнити та підсумувати сказане (резюмувати), отримувати обернений зв'язок.

### ***Eman 5. Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses — реагування на емоції та підтримання контакту з пацієнтом***

Метою етапу реагування на емоції є підтримання контакту з хворим, надання підтримки та оберненого зв'язку пацієнту, формування партнерської позиції та позитивного відношення до лікування.

Негативні емоції — це природня реакція на погані новини. Переживання, які виникають у пацієнтів у відповідь на повідомлення про загрозливий діагноз, зіштовхують як хворого, так і лікаря зі складними питаннями, що стосуються життя та смерті, фізичних та психологічних страждань, втрат, усвідомлення межі можливостей, нездоланих обмежень, відповідальності. Вміння реагувати на емоції пацієнта — один із найважливіших навичок у структурі комунікативних компетенцій лікаря.

#### ***Чек-лист на етапі «Реагування на емоції»***

Відстежувати емоції пацієнта та застосовувати техніки реагування на емоції.

Прояснити переживання — робити переживання пацієнта більш зрозумілими, встановлювати зв'язки виникнення емоцій зі сказаним.

Валідувати емоції — визнавати наявність негативних емоцій у хворого як природної реакції на погані новини, ніби дати дозвіл їх відчувати («*Бути засмученим природньо після такої звістки*»).

Надавати універсальності переживанням — дати зрозуміти пацієнту, що в багатьох хворих виникають схожі переживання після повідомлення поганих новин («*З мого досвіду, для багатьох пацієнтів така звістка стає складним випробуванням, і здається, що мало що можна зробити... проте це не так, у нас є наступні можливості...*»).

Намагатися слухати та узагальнювати, що турбує пацієнта, без намагання негайно вирішити проблему пацієнта чи переконати в чомусь: «*Тож, як ви мені сказали, вас найбільше турбує те, як ви повідомите про це дітям, та втрата волосся через хіміотерапію?*»

Виразити підтримку та розуміння складної ситуації пацієнта.

Застосовувати техніки для зниження тривоги.

Запитати пацієнта про його стан, якщо пауза після повідомлення негативної інформації затягнулася: «*Розумію, що новини складно сприймати. Чи можемо ми продовжити розмову?*»; «*Ситуація є складною. Для мене важливо розуміти, що зараз відбувається з вами*»; «*Як ви зараз почуваетесь через ці новини?*»; «*Ви зараз не говорите. Чи можу я поцікавитись, які думки метушаться зараз у вас в голові?*»

Застосовувати техніки переключення уваги — змішувати акцент на можливості, орієнтувати на дію (участь у лікувальних заходах).

Демонструвати бажання допомогти.

Відстежувати власні переживання (лікаря) у процесі повідомлення поганих новин й аналізувати їх вплив на взаємодію під час розмови.

Аргументовано пропонувати звернутися за допомогою до інших спеціалістів, які можуть надати допомогу — психологічну, психосоціально, духовну (якщо є показання та це доречно).

Реагування на емоції пацієнта є одним з найскладніших етапів повідомлення несприятливих новин і потребує від лікаря витримки, включеності та самовладання. Проте саме емоції можуть стати тим містком, що дозволить розкрити переживання пацієнта і встановити з ним довготривалий конструктивний діалог.

### ***Етап 6. STRATEGY and SUMMARY — обговорення стратегії та підсумок***

Метою етапу обговорення стратегії та плану лікування є складання плану подальшого лікування з врахуванням завдань терапії та потреб пацієнта, мотивування хворого на терапію і забезпечення достатнього рівня комплаєнсу.

Важливим етапом планування лікування є виявлення потреб пацієнта, що не завжди стосуються продовження тривалості життя, а можуть бути зосереджені навколо підтримання певного рівня якості життя, працездатності та автономії, контролю симптомів (наприклад, болю, рухової активності). Обговорення лікування разом із пацієнтом дозволяє розділити відповідальність за результати терапії та активізує хворого, посилює відчуття контролю над ситуацією, що виступає психологічною опорою та ресурсом.

*Чек-лист на етапі «Обговорення стратегії та плану лікування»*

Визначити та представити пацієнту основні цілі та завдання лікування у його конкретному випадку.

Виявити потреби пацієнта (тривалість, якість життя, контроль симптомів, збереження працездатності чи здатності до самообслуговування, уникнення побічних ефектів лікування, інше).

Залучити пацієнта до обговорення плану лікування.

Визначити лімітуючі фактори, які можуть перешкоджати лікуванню (фінансові, соціорольові, пов'язані з роботою, стилем життя, інше).

Запропонувати вибір за наявності альтернатив щодо методів діагностики чи лікування.

Запропонувати схему діагностики та лікування, що оптимально враховує особливості ситуації пацієнта, його потреби та можливості.

Отримати обернений зв'язок від хворого про те, чи все йому зрозуміло, відповісти на запитання.

Узгодити стратегію та тактику лікування.

Запланувати конкретні наступні кроки в лікуванні та наступний візит.

Поцікавитися про стан пацієнта на момент завершення візиту (*«Сьогодні ви дізналися про свій діагноз, і зазвичай така звістка викликає багато емоцій та думок. Які ваші думки щодо захворювання та лікування після того, як ми обговорили перспективи терапії?... «Чи залишилися у вас запитання?»*).

Залишити контакти в разі виникнення додаткових запитань у пацієнта (за згодою лікаря та відповідно до внутрішньої політики медичного закладу).

Після завершення консультації важливо, щоб пацієнт мав чітке уявлення про своє захворювання та власні дії, спрямовані на протидію хворобі, розумів покровоку, що, як і коли має робити під час лікування.

## 4.2. Пояснення діагностичних процедур

*Безшейко В.Г., Сак Л.В.*

Пацієнти можуть відчувати страх перед невідомою їм процедурою, а нерозуміння, що їм варто робити під час процедури, може підвищувати рівень тривоги. Відтак вміння надати чіткі, зрозумілі інструкції та пояснення, заспокоїти пацієнта є необхідним компонентом професіоналізму діагноста на рівні володіння технічними виконаннями процедури. Пацієнти повідомляють про почуття впевненості та зменшення тривоги, коли діагностичні процедури супроводжуються ефективною комунікацією з боку лікаря, а також стають більш впевнені в компетентності лікаря та в тому, що результати діагностики будуть точними.

Алгоритм пояснення діагностичних процедур складається з таких кроків (рис. 4.1):

1. Пояснити, що за процедура.
2. Пояснити мету та завдання процедури, причини, чому її необхідно зробити.
3. Пояснити деталі процедури та дії пацієнта (до, під час, після).
4. Ризики та переваги процедури.
5. Якщо необхідна інформована згода — перевірити, наскільки пацієнт(и) розуміє(ють) плюси і мінуси проведення процедури.

Розмову щодо діагностичної процедури слід розпочинати із загальних пояснень: яку процедуру слід виконати; які її мета, завдання; чому її необхідно зробити та коли. Якщо на цьому етапі в пацієнта виникнуть запитання, відповісти на них.

Після цього слід пояснити пацієнту, які дії він має виконати перед процедурою, за скільки годин. Надати інструкцію, як правильно підготуватись до процедури. Якщо на цьому етапі в пацієнта виникнуть запитання, відповісти на них. Далі варто описати, що відбуватиметься з пацієнтом під час процедури, які дії він має або не має робити під час неї. Повідомити, чи будуть введені якісь препарати, якщо так — які і з якою метою. Якщо на цьому етапі в пацієнта виникнуть запитання, відповісти на них.

Обов'язково потрібно проінформувати, які подальші дії пацієнта після виконання діагностичної процедури, та пояснити їх. Якщо на цьому етапі в пацієнта виникнуть запитання, відповісти на них. Після цього слід повідомити пацієнта про переваги виконання даної процедури та зупинитись на можливих ризиках й ускладненнях. Якщо перед виконанням процедури необхідно отримати від пацієнта інформовану

згоду — перевірити, наскільки пацієнт(-и) розуміє(-ють) переваги та можливі ризики проведення процедури.

Інформацію слід надавати зрозумілою для пацієнта мовою, тезово, проте максимально повно.

*Приклад застосування алгоритму: пояснення процедури бронхоскопії*

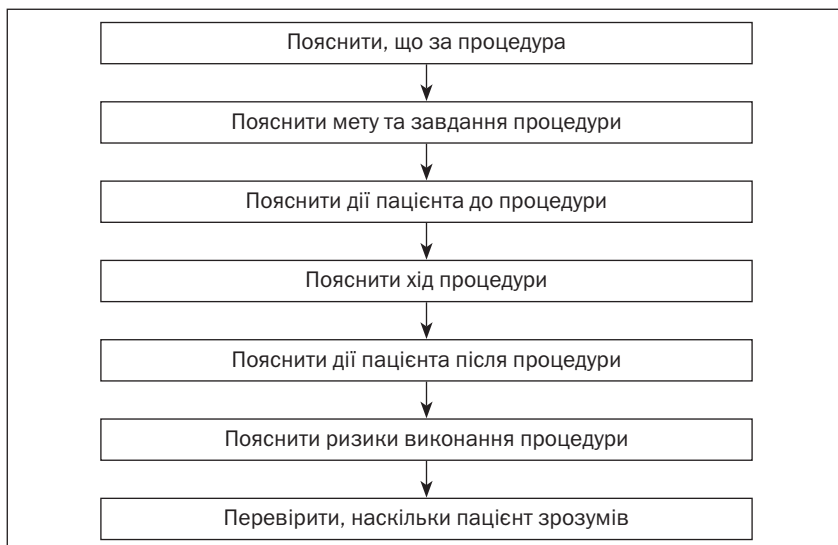
*Що це за процедура?* Бронхоскопія — це дослідження бронхів за допомогою ендоскопа — спеціального оптичного приладу.

*Яка її мета та завдання?* Дослідити поверхню трахеї та бронхів, видалити сторонні тіла або зробити біопсію в разі потреби.

*Підготовка до процедури, пояснення пацієнтові ходу процедури та поведінки після процедури:* потрібно припинити прийом ацетилсаліцилової кислоти та/або варфарину за 1 тиждень до процедури; здати тест на згортання крові напередодні бронхоскопії. За 4 години до процедури можна пити тільки прозорі рідини; за 2 години до процедури нічого не можна їсти.

Бронхоскопія призначається вранці та натщесерце. За декілька годин перед процедурою варто спорожнити сечовий міхур та кишечник. Під час процедури лікар досліджуватиме зсередини трахею та бронхи, може взяти ділянку підозрілої тканини для біопсії.

Пацієнтові не варто нічого їсти і пити як мінімум протягом перших 2 годин після процедури, поки до горла/гортані не повернеться чутливість. Перші 24 години після процедури не можна сидати за кермо, пити



**Рисунок 4.1. Алгоритм пояснення діагностичних процедур**

алкоголь, працювати з машинами, адже препарати, які застосовуються при бронхоскопії, можуть сповільнювати реакцію протягом 8 годин. Бажано не бути наодинці протягом перших 24 годин; краще мати людину, яка буде слідкувати за станом. Можливе нетривале кровохаркання після процедури.

*Пояснення ризиків.* Рідко, але внаслідок бронхоскопії можливі поява інфекції верхніх дихальних шляхів та пошкодження легень. Необхідно терміново звернутися до лікаря в разі появи таких симптомів, як тривале (> 5 годин) кровохаркання, висока температура, тривалий біль у грудях, нудота або блювання.

### 4.3. Пояснення лікування та лікувальних процедур

*Безшейко В.Г., Сак Л.В.*

Обов'язковою частиною алгоритму професійної комунікації лікаря з пацієнтом є докладне пояснення лікування та окремих лікувальних процедур у межах створеного ним із пацієнтом терапевтичного альянсу. Якщо пояснення лікаря виявляться неповними або незрозумілими, пацієнт шукатиме необхідну для себе інформацію в Інтернеті, в інших пацієнтів, родичів, знайомих тощо. Така інформація може бути спотвореною, хибною або невірно зрозумілою, внаслідок чого пацієнт може нехтувати лікарськими рекомендаціями та в результаті отримати небажані результати терапії.

#### ***4.3.1. Пояснення прийому лікарських препаратів***

У лікарській практиці часто виникають ситуації, коли необхідно пояснити пацієнтові, як приймати найбільш поширені препарати. Необхідно вміти зберігати баланс між повнотою надання інформації та її доступністю для усвідомлення пацієнтом. Пояснення особливостей прийому простою, зрозумілою для пацієнта мовою, що разом із тим висвітлює складні моменти чи побічну дію, подекуди можуть викликати в лікаря певні труднощі. Простота та повнота пояснень можуть бути забезпечені використанням наступного алгоритму:

1. Пояснити, як діє препарат, простими та доступними словами.
2. Пояснити режим прийому — вранці чи ввечері, перед чи після прийому їжі.
3. Пояснити, в якій формі приймається препарат (таблетки, капсули і т.д.).

4. Пояснити, коли будуть перші ефекти від препарату, у конкретних цифрах.

5. Пояснити, яка має бути тривалість лікування, у конкретних цифрах.

6. Пояснити, чи треба здавати якісь тести чи проходити обстеження перед, під час чи після курсу прийому препаратів.

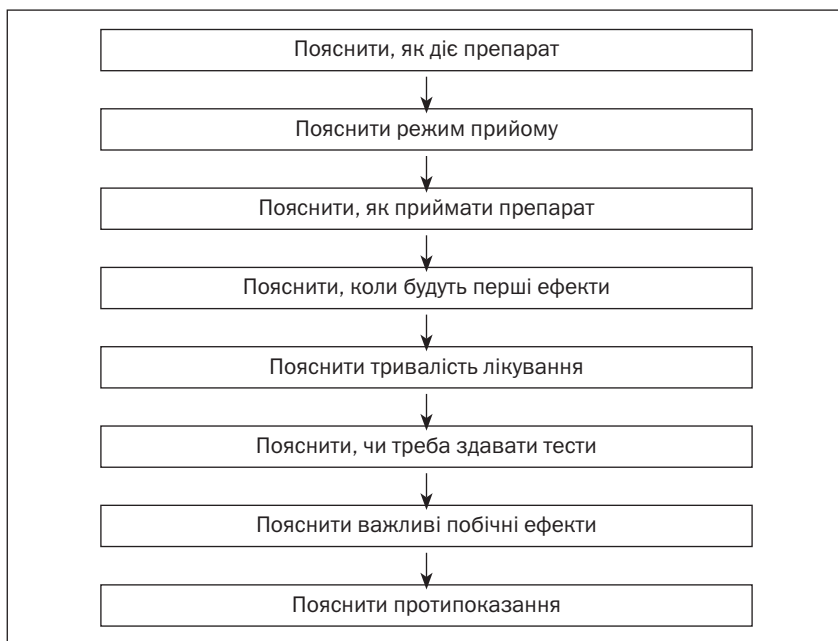
7. Пояснити, які препарат має побічні ефекти, як вони проявляються та коли.

8. Пояснити протипоказання до прийому даного препарату та чому ці стани є протипоказаннями.

Після кожного етапу пояснень слід переконуватись, що пацієнт зрозумів сказане та в нього не залишилося запитань. Лише після цього слід переходити до пояснення наступного етапу (рис. 4.2).

*Приклад застосування алгоритму: пояснення прийому селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС)*

*Як діє препарат?* Антидепресанти змінюють баланс деяких хімічних речовин у головному мозку (які називаються нейромедіаторами). Антидепресанти СІЗЗС в основному впливають на нейромедіатор, що на-



**Рисунок 4.2. Алгоритм пояснення прийому препаратів**

зивається серотоніном. Вчені вважають, що зміна балансу серотоніну й інших нейромедіаторів відіграє певну роль у формуванні депресії та інших станів.

*Режим прийому.* 1 раз на добу.

*Форма та як приймати.* У таблетках, ковтати, не розжовуючи. За схемою титрації (доза та час їх збільшення для кожного СІЗЗС різні, описуються окремо).

*Скільки має минути часу, перш ніж будуть перші ефекти від лікування?* Перші зміни будуть через 2 тижні від початку лікування. Значущі зміни мають бути в період від 4 до 6 тижнів.

*Тривалість лікування.* Потрібно приймати ще протягом 3–6 місяців після того, як стало краще. Термін підтримуючої терапії лікар визначає в кожному випадку індивідуально.

*Чи потрібно проводити якісь лабораторні тести перед початком та під час прийому?* Не потрібно.

*Які є важливі побічні ефекти від прийому?* До важливих побічних ефектів належать: шлунково-кишкові симптоми (діарея, нудота, блювання, зміни апетиту та ваги), які можуть з'являтися на початку терапії, особливо при прийомі без попередньої титрації, та нівелюються до кінця 2-го тижня терапії; головний біль, сонливість (якщо виникає, препарат слід приймати перед сном), підвищення тривоги протягом перших 2 тижнів, ефект відміни (може бути після припинення прийому пароксетину).

*Які є протипоказання?* Суїцидальний ризик (у такому разі слід звернутись до психіатра), деякі інші психічні розлади в анамнезі (індивідуально обговорюється з лікарем).

*Приклад застосування алгоритму: пояснення прийому варфарину*

*Як діє препарат?* Варфарин розріджує кров. Він робить це, блокуючи дію вітаміну К, що організм використовує для продукції білків, які прискорюють утворення тромбів.

*Режим прийому.* Раз на добу, зазвичай увечері.

*Форма та як приймати.* У таблетках. Починати слід із дози 5 мг. Обов'язковою умовою терапії варфарином є суворе дотримання призначеної дози препарату. Дозу визначає лікар за результатами аналізів (індивідуалізоване пояснення на підставі результатів аналізу крові).

*Скільки має минути часу, перш ніж будуть перші ефекти від лікування?* 2–3 дні, визначається лікарем на підставі аналізу крові.

*Тривалість лікування.* Зазвичай 3 місяці при тромбозі глибоких вен, 6 місяців — після тромбоемболії легеневої артерії, пожиттєво — якщо



фібриляція передсердь. Терміни прийому та тривалість терапії визначаються індивідуально лікарем на підставі даних аналізу крові.

*Чи потрібно проводити якісь лабораторні тести перед початком та під час прийому?* Перед початком прийому — обов'язково. На 5-му та 8-му дні прийому треба здати аналіз крові на згортання (INR — міжнародний нормалізований індекс), за потреби — раніше/частіше. Змінити дозу згідно з результатами аналізу. Якщо потрібен швидкий ефект, приймають разом із гепарином. Регулярні аналізи крові на згортання упродовж усього терміну прийому .

*Які є важливі побічні ефекти від прийому?* Кровотечі (у 1–2 % пацієнтів); слід повідомити лікареві, якщо є якісь незвичні кровотечі, наприклад випорожнення темного кольору, підшкірні крововиливи (синці), або порізам потрібен тривалий час для загоєння; діарея, висип, втрата волосся, нудота; багато взаємодій з іншими ліками, переважно з тими, що діють на систему цитохрому P450, та стероїдами.

*Які є протипоказання?* Вагітність, геморагічний інсульт, значні кровотечі. З обережністю мають приймати пацієнти з підвищеним ризиком падінь.

*Приклад застосування алгоритму: пояснення прийому статинів*

*Як діє препарат?* Статини блокують утворення холестерину в печінці. Холестерин є одним із факторів, що призводить до поганої роботи артерій (бо звужує їх просвіт). Це звуження, зі свого боку, може призвести до захворювань серця, нирок та інсульту.

*Режим прийому.* Один раз на добу, зазвичай увечері.

*Форма та як приймати.* У таблетках. Дозу визначає лікар на підставі аналізів.

*Скільки має минути часу, перш ніж будуть перші ефекти від лікування?* Слід регулярно приймати протягом багатьох років для суттєвого зниження ризику.

*Тривалість лікування.* Бажано пожиттєво. Дозу та тривалість визначає лікар індивідуально.

*Чи потрібно проводити якісь лабораторні тести перед початком та під час прийому?* Виміряти рівень холестерину в крові спочатку після перших 4 тижнів, а потім кожні 6 місяців. Перед початком лікування, а потім після 3 та 12 місяців слід зробити печінкові проби (статини можуть змінювати рівень печінкових ферментів).

*Які є важливі побічні ефекти від прийому?* М'язовий біль, втрата волосся, свербіж; нудота, хворобливі відчуття, діарея та абдомінальний біль.

*Які є можливі ускладнення?* Інколи рабдоміоліз (пошкодження м'язової тканини).

*Які є протипоказання?* Вагітність.

*Приклад застосування алгоритму: пояснення прийому метформіну*

*Як діє препарат?* Підвищує чутливість клітини до інсуліну, таким чином організм краще працює при зниженому рівні інсуліну.

*Режим прийому.* Кожного дня разом зі сніданком або вечерею (частота прийому може бути підвищена до 2 разів на день).

*Форма та як приймати.* Приймати таблетки разом з їжею або одразу після неї в один і той самий час кожного дня.

*Скільки має минути часу, перш ніж будуть перші ефекти від лікування?* Приблизно 2 години, може бути підтверджено аналізом крові на глюкозу.

*Тривалість лікування.* Пожиттєво, якщо діє достатньо. Режим прийому, дозу та тривалість терапії визначає лікар на підставі аналізів.

*Чи потрібно проводити якісь лабораторні тести перед початком та під час прийому?* Необхідно знати рівень глюкози крові та глікозильованого гемоглобіну з їх регулярним подальшим контролем. Також треба здати кров на сечовину та електроліти перед початком лікування, після початку лікування — ці ж аналізи раз на рік.

*Які є важливі побічні ефекти від прийому?* Можливі нудота, діарея, біль у животі, втрата ваги.

*Які є можливі ускладнення?* Лактатний ацидоз (рідко).

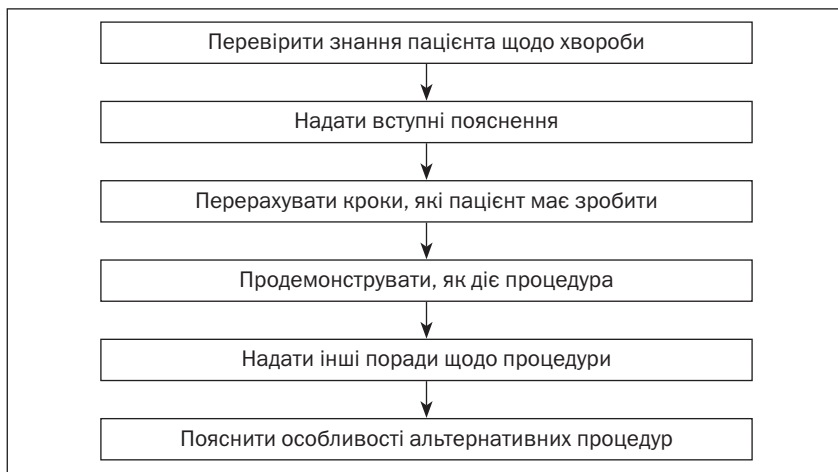
*Які є протипоказання?* Порушення функції нирок, кетоацидоз, низький індекс маси тіла.

#### **4.3.2. Пояснення процедур, які пацієнт має виконувати самостійно**

Частою ситуацією в спілкуванні лікаря з пацієнтом є також пояснення лікувальних процедур, які пацієнт повинен виконувати вдома самостійно. Від того, наскільки правильними та зрозумілими будуть пояснення лікаря, залежить правильність виконання процедури пацієнтом. Відтак, налагодження ефективної комунікації і під час такого рутинного завдання, як пояснення процедур, є надзвичайно важливим.

Загальну схему алгоритму пояснення виконання самостійних процедур наведено на рис. 4.3.

Перш ніж розпочинати давати власні пояснення, необхідно запитати пацієнта, що він знає про хворобу, для лікування якої має проводитись процедура. Окрім виявлення моментів, яких пацієнт не розуміє, це також сприяє закріпленню та усвідомленню пацієнтом інформації про свій стан.



**Рисунок 4.3. Алгоритм пояснення прийому препаратів**

Наступним кроком є надання вступних пояснень щодо процедури: яка її мета та завдання, які є різновиди даної процедури, загальний опис тієї процедури, яку має виконувати пацієнт.

Після надання загальної інформації щодо процедури слід покроково та детально пояснити її виконання й етапи, періодично запитуючи пацієнта, чи все він зрозумів із пояснень.

Далі слід наочно продемонструвати виконання процедури самостійно, а після цього — дати пацієнту можливість потренуватись у виконанні процедури та виправити помилки, яких допускається пацієнт під час виконання.

Якщо залишаються моменти, на яких варто наголосити та які не були обговорені раніше, їх слід обговорити після практичного тренування виконання процедури.

У разі, якщо в пацієнта є труднощі з виконанням даної процедури, слід перерахувати та пояснити виконання альтернативних процедур (якщо такі є). Нижче наведений приклад пояснення техніки інгаляції на основі даного алгоритму.

*Приклад застосування алгоритму: пояснення техніки інгаляції*

*Початок:* вимити руки, представитись, запитати ім'я пацієнта та як він бажає, щоб до нього звертались. Пояснити мету зустрічі.

Перевірити попередні знання пацієнта: що він знає з приводу бронхіальної астми/хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та їх лікування.

*Вступні пояснення:* пояснити види інгаляторів, їх призначення та час застосування (також розповісти про конкретну модель, що є в пацієнта). Інгалятор містить установлену дозу ліків. Основне завдання пацієнта — доставити ліки до легень. Препарат вивільняється шляхом натискання на пристрій — продемонструвати роботу пристрою.

*Кроки пацієнта:*

- Перевірити дату закінчення терміну дії препарату.
- Інтенсивно струсити балончик.
- Видалити кришку і перевірити чистоту чашки інгалятора.
- Зайняти рівне положення стоячи чи сидячи.
- Тримати інгалятор вертикально за допомогою вказівного пальця зверху та великого пальця знизу.
- Зробити максимально глибокий видих.
- Міцно обхватити мундштук губами.
- Одночасно натиснути на балончик та робити глибокий повільний вдих (орієнтуватися на спинку гортані, не заважати собі язиком).
- Затримати подих на скільки можете, бажано не менше 10 секунд.
- Видихати повільно.
- Замінити чашку інгалятора.
- Повторити через 1 хвилину, якщо вимагається.

*Демонстрація/спостереження:* продемонструвати використання інгалятора самостійно. За допомогою різних макетів інгалятора попросити пацієнта продемонструвати, як він буде його використовувати. Спостерігати за пацієнтом та виправляти помилки. Попросити пацієнта повторювати процедуру, допоки він не зробить її правильно.

*Інші поради для пацієнта:* викликати швидку допомогу в разі наростання симптомів чи в разі якщо приступ не усунувся за допомогою інгалятора. Відвідати терапевта чи спеціалізовану медичну сестру, якщо спостерігаються побічні дії або кількість використань інгалятора перевищує 3 рази на тиждень. Уточнити в пацієнта, чи є в нього додаткові запитання.

*Альтернативна процедура — використання дистанційних пристроїв:* спейсери можуть використовуватись у дітей із побічною реакцією на стероїди або в осіб, які мають труднощі в техніці використання інгалятора. Кроки використання:

- Зібрати спейсер; струсити інгалятор і зняти чашку; прикріпити її до спейсера.
- Видихнути; міцно обхватити мундштук губами; натиснути на балончик для отримання ліків.

— Вдихати повільно і глибоко протягом 3–5 секунд і потім затримати дихання на 10 секунд (як альтернатива зробити 5 нормальних вдихів і видихів через ротовий отвір).

— Повторити через 30 секунд за потреби (*Н.В.* Якщо пристрій видає свистячі звуки, пацієнт дихає надто швидко).

Догляд за пристроєм: мити пристрій теплою водою і з милом; завжди давати йому висохнути; замінювати кожні 6–12 місяців.

## 4.4. Інші типові ситуації комунікації лікаря з пацієнтом

*Безшейко В.Г., Ассонов Д.О., Сак Л.В.*

### 4.4.1. Алгоритм проведення першої консультації

Наступний алгоритм є універсальним, він є подібним до алгоритму Калгарі — Кембридж та може бути корисний лікарям різного профілю під час проведення першої консультації з пацієнтом.

*Як консультиувати:*

#### 1. Початок консультації:

- вступ та пояснення причин звернення;
- побудова рапорту перед початком пояснення;
- спитати, чи знає пацієнт, чому він/вони тут. Зібрати анамнез, спитати пацієнта про те, що трапилось (до цього моменту);
- оцінити попередні знання пацієнта — обов'язкова практика запитувати, що пацієнт знає про свій стан/лікування;
- описати те, про що ви будете вести розмову (структуру). Запитати, що хоче пацієнт додати до плану розмови.

#### 2. Середина консультації:

— при труднощах у розумінні пацієнтом інформації зобразити її в більш зрозумілому вигляді, наприклад у вигляді малюнка/діаграми;

— говоріть і перевіряйте! Одна з найбільш важливих речей — надавати інформацію невеликими порціями та перевіряти, чи пацієнт її розуміє. Дізнавайтесь у пацієнтів, чи є в них якісь запитання, після кожної порції інформації.

— говоріть повільно та чітко, будьте уважними до переживань пацієнта.

#### 3. Завершення консультації:

1. Підбити підсумки розмови та розробити план.

2. Перевірити, чи пацієнт все зрозумів.

3. Завжди додатково щось пропонуйте — буклет, вебсайт, контакти спеціаліста, додаткові візити.

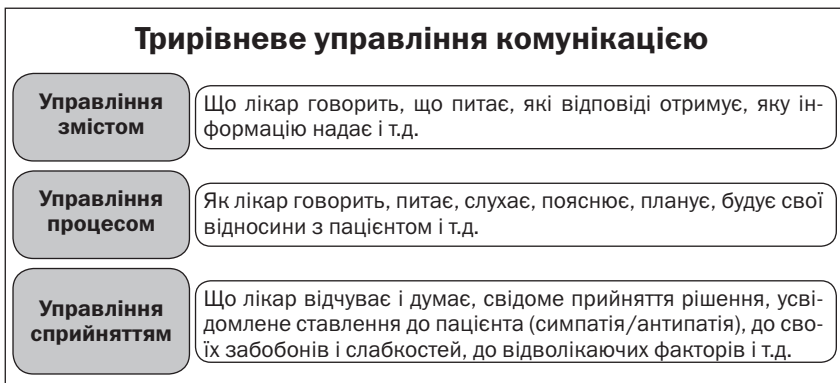
*Як структурувати пояснення:*

*Пояснення захворювання (простими словами):* нормальна анатомія/фізіологія (нормальне функціонування організму людини); пояснити, що за хвороба (що саме змінюється); її причини (фактори ризику, етіологія, патогенез); проблеми, до яких вона призводить, та можливі ускладнення; менеджмент (діагностика, лікування, реабілітація, вторинна та третинна профілактика)).

*Пояснення процедури:* пояснити, що за процедура (загальна характеристика); причини, чому її необхідно зробити; пояснити деталі процедури (до, під час, після); ризику та переваги; необхідна інформована згода — перевірити, наскільки пацієнт(и) розуміє(ють) плюси і мінуси проведення процедури.

*Пояснення лікування:* спочатку коротко перевірити, чи є якісь протипоказання до лікування; перевірити розуміння пацієнтом свого стану; пояснити, як лікування працює; надати інформацію про курс лікування та як воно здійснюється; розповісти про побічні ефекти.

*Інші поради:* дати пацієнтові можливість керувати процесом консультації та вирішувати, про що говорити; слідувати за розмовою та запитувати про те, що вони (пацієнти) хочуть знати, та про їх переживання; не забувати про думки, переживання та очікування пацієнта; емпатувати; уникати медичного жаргону; завжди пам'ятати про те, що ви можете надавати погані новини, навіть не усвідомлюючи цього.



**Рисунок 4.4**

#### **4.4.2. Настанова ASCO щодо комунікації лікаря та пацієнта**

У 2017 році Американське товариство клінічних онкологів (ASCO) опублікувало нову настанову, в якій описані ефективні практики комунікації лікарів із пацієнтами та членами їх сімей. Настанова є результатом роботи мультидисциплінарної команди експертів з онкології, психіатрії, паліативної та хоспісної медицини, медсестринства та ін. Орієнтована переважно на лікарів-онкологів, дана настанова містить багато загальних рекомендацій, що будуть корисні лікарю будь-якого профілю.

Мета настанови **ASCO** — дати лікарям конкретні структуровані навички, які дозволять повідомляти погані новини підтримуючим, пацієнторієнтованим способом.

#### **Структура настанови:**

1. Ключові комунікативні навички.
2. Обговорення цілей та прогнозів терапії.
3. Обговорення лікувальних тактик та клінічних випробувань.
4. Обговорення паліативної допомоги.
5. Комунікація з членами сім'ї задля їх більшого залучення в процес лікування.
6. Ефективна комунікація при різних комунікаційних бар'єрах.
7. Обговорення ціни терапії.
8. Задоволення потреб верств населення, яким часто не надають задовільну медичну допомогу.
9. Навчання лікарів комунікативним навичкам.

#### *1. Ключові комунікативні навички*

Перед кожною розмовою лікар має переглядати історію хвороби пацієнта, формулювати мету розмови та передбачити можливі потреби та відповіді пацієнта або його сім'ї.

На початку розмови з пацієнтом лікар має оцінити ступінь розуміння пацієнтом його захворювання, після чого разом із пацієнтом та його сім'єю визначити цілі терапії та скласти план їх досягнення. Дізнавшись, яких цілей хоче досягнути пацієнт, лікар має пояснити, яких цілей терапії бажає досягнути він.

Під час візиту пацієнта лікар має вести себе так, щоб викликати довіру та впевненість пацієнта в ньому, спонукати пацієнта до співпраці.

Лікар має надавати інформацію, що є своєчасною та орієнтованою на переконання пацієнта й на те, чому він надає перевагу. Після на-

дання інформації лікар має перевірити, чи зрозумів пацієнт сказане, та занотувати важливі обговорення в медичних записах.

Коли пацієнт на вербальному та невербальному рівні проявляє емоції, лікар має бути емпатичним.

### *2. Обговорення цілей та прогнозів терапії*

Лікар повинен надавати діагностичну та прогностичну інформацію, що відповідає потребам пацієнта, дарує надію та заспокоєння, при цьому не вводячи пацієнта в оману.

Лікар має повторно запитувати пацієнта щодо його цілей та пріоритетів у лікуванні кожного разу, коли відбуваються істотні зміни під час лікування.

Лікар має надавати інформацію простими та однозначними словами.

Під час повідомлення поганих новин лікар має також вжити додаткових заходів для задоволення потреб пацієнта та відповіді на його реакції.

### *3. Обговорення лікувальних тактик та клінічних випробувань*

Перед обговоренням конкретних лікувальних тактик із пацієнтом лікар має чітко визначити цілі лікування (одужання/подовження тривалості життя/покращення якості життя) для того, щоб пацієнт усвідомлював можливі наслідки та міг співставити цілі лікування з власними цілями.

Під час обговорення лікувальних тактик лікар має надати інформацію щодо потенційних переваг та недоліків кожної тактики та перевірити, що пацієнт зрозумів дані переваги та недоліки.

Лікар має обговорювати з пацієнтом лікувальні тактики таким чином, щоб його слова давали надію, сприяли самостійності пацієнта та були зрозумілими.

Лікар має проінформувати пацієнта про всі можливі лікувальні тактики включно з клінічними випробуваннями та паліативною допомогою як єдину опцію. Коли це доречно, лікар має обговорити можливість розпочати паліативну допомогу одночасно з іншими методами лікування. Якщо є доступні клінічні випробування, лікар має розпочинати обговорення з розгляду стандартних методів лікування, а потім переходити до обговорення клінічних випробувань, якщо пацієнту буде цікаво.

### *4. Обговорення паліативної допомоги*

Лікарі повинні мати організоване та структуроване двостороннє спілкування з пацієнтом та його родичами щодо паліативної допомоги.



Лікарі повинні ініціювати розмови про побажання пацієнтів щодо паліативної допомоги вже на початку невиліковного захворювання та періодично підіймати дану тему, спираючись на перебіг хвороби та побажання пацієнта.

Лікар повинен дізнатися, як культура, релігія чи духовні цінності пацієнта впливають на прийняття ним рішень щодо завершення життя або паліативної допомоги.

Лікар має розпізнавати та емпатично реагувати на почуття горя та втрати в пацієнтів, членів їх сімей або в нього самого. Він має направляти пацієнтів та їх родичів до соціальних робітників, психологів, психіатрів, священників, якщо це доречно.

Лікар має знати та пропонувати місцеві ресурси для надання підтримки пацієнтам у процесі надання паліативної допомоги, їх сім'ям та близьким.

#### *5. Комунікація з членами сім'ї задля їх більшого залучення в процес лікування*

На початку терапії лікар має запропонувати (за згодою пацієнта) родині/опікуну брати участь в обговореннях для підтримки та участі у формулюванні цілей лікування.

Лікар має знати, чи відбуваються в лікарні офіційні зібрання для членів сімей, та, якщо можливо, направляти до них пацієнтів і членів їх сімей.

#### *6. Ефективна комунікація при різних комунікаційних бар'єрах*

Під час розмови із сім'єю, яка не розмовляє з лікарем однією мовою, як перекладач він має залучати спеціально навчену людину, а не когось із членів сім'ї пацієнта.

Для пацієнтів із низькою грамотністю в питаннях здоров'я лікар має зосередитись на найважливіших моментах та використовувати просту й зрозумілу мову, часто перевіряти, чи пацієнт зрозумів, про що йдеться.

Для пацієнтів із низькою здатністю до підрахунку, якщо можливо, лікар має використовувати піктограми або інші наочні посібники та описувати абсолютний ризик, а не відносний.

#### *7. Обговорення ціни терапії*

Лікар має переконатись, чи не турбує вартість медичної допомоги пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

*8. Задоволення потреб верств населення, яким часто не надають задовільну медичну допомогу*

Під час зустрічі з пацієнтом лікар має пам'ятати, що будь-який пацієнт чи сім'я, незалежно від їх походження, можуть мати переконання, досвід та очікування, які відрізняються від таких у лікаря.

Лікар має уникати припущень щодо сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності пацієнта, використовувати неосудні фрази під час обговорення питань сексуальності та сексуальної поведінки.

Лікарю слід пам'ятати, що представники малозабезпечених або маргіналізованих верств населення, найімовірніше, мали негативний досвід взаємодії з лікарями в минулому, відчували неповагу до себе, відчуження чи не почували себе в безпеці.

#### *9. Навчання лікарів комунікативним навичкам*

Навчання комунікативним навичкам повинно базуватися на визнаних освітніх принципах, бути акцентованим на практиці та навчанні за допомогою ігрових сценаріїв, безпосереднього спостереження за зустрічами з пацієнтами та інших перевірених методів.

Щоб навчання комунікативним навичкам було найефективнішим, воно повинно сприяти розвитку самосвідомості практикуючих та обізнаності з емоціями, установками та основними переконаннями, які можуть вплинути на спілкування, а також обізнаності щодо несвідомих упереджень, які можуть вплинути на прийняття рішень.

Викладачі комунікативних навичок повинні мати достатню підготовку, щоб давати вправи на основі власного досвіду, ефективно моделювати та навчати комунікативним навичкам.

#### **4.4.3. Вакцинація**

Профілактичні щеплення є єдиним визнаним у всьому світі надійним засобом профілактики інфекційних захворювань. Саме завдяки вакцинації відсутні епідемії на ті хвороби, проти яких проводяться профілактичні щеплення. Це пояснюється існуванням колективного імунітету (95–97 % населення країни мають щеплення проти тієї чи іншої хвороби). Проте далеко не всі ставляться до вакцинації без упередження; антивакцинальні рухи в різних країнах призводять до того, що загальна кількість вакцинованих дітей та дорослих зменшується з посиленням антивакцинального настрою і, як наслідок, постає загроза колективному імунітету.

Отже, проблема вакцинації є медико-соціальною. Унаслідок діяльності суспільного руху антивакцинаторів Всесвітня організація охорони

здоров'я (ВООЗ) назвала «недовіру до вакцин» однією з десяти основних проблем охорони здоров'я у світі. Небажання осіб брати участь у вакцинації загрожує поверненням назад того прогресу, що був досягнутий у боротьбі з інфекційними хворобами завдяки вакцинації. Батьки, які недобросовісно ставляться до щеплень, ризикують не лише своїм здоров'ям, а й здоров'ям власних дітей. Тож під час взаємодії «лікар — пацієнт» перед лікарем поставлене складне завдання, що полягає в підвищенні обізнаності батьків щодо необхідності профілактичних щеплень для них та їх дітей. Надалі розглянемо деякі важливі моменти.

*Батьки хочуть дізнатися більше про вакцинацію дітей.* Перш ніж розпочинати надавати інформацію, необхідно запитати батьків, що вони знають про вакцинацію та хвороби, проти яких проводяться профілактичні щеплення, з метою виявлення моментів, яких батьки не знають та не розуміють. Після надання загальної інформації щодо хвороб, проти яких проводяться профілактичні щеплення, наступним кроком є пояснення самої процедури щеплення: яка її мета та завдання, які є різновиди вакцин, місце, куди проводиться щеплення.

Під час проведення бесіди з батьками необхідно вміти зберігати баланс між повнотою надання інформації та її доступністю для усвідомлення. Пояснення важливості профілактичних щеплень простою, зрозумілою мовою, що разом із тим висвітлює складні моменти, протипоказання до проведення вакцинації чи можливу побічну дію.

*Батьки не згодні з вакцинацією їх дітей.* Незважаючи на те, що відповідно до українських законів щеплення є обов'язковим, батьки дитини мають право від них відмовитися. Відмова від вакцинації оформляється в письмовому вигляді на бланках встановленого зразка.

Перед підписанням батьками форми відмови від щеплень слід провести роз'яснювальну бесіду щодо можливих наслідків прийнятого рішення, у тому числі й те, що рішення за майбутній перелік й ступінь ризиків для здоров'я дитини приймають батьки як повністю відповідальні особи.

*Батьки дізналися про якусь інформацію в новинах/Інтернеті (наприклад, випадки аутизму у вакцинованих дітей).* У розмові на саме таку тему варто повідомити стурбованим щодо вакцинації батькам таку інформацію: «Ось деякі науково підтверджені причини аутизму: спадковість, стресова вагітність, тяжкий перебіг пологів, навіть висока температура в матері під час вагітності. Але щеплень серед цих причин нема. Мозок стає аутичним дуже рано: дослідження доводять, що ще в материнській утробі чи під час пологів. На цей момент жодне щеплення дитині не було зроблено.

У 1998 р. вперше виникла істерія навколо вакцинації та аутизму. Тоді група авторів, фінансово зацікавлених у кампанії проти щеплень, опублікувала статтю про зв'язок між щепленням проти кору-краснухи-паротиту і аутизмом. Робота порушувала всі можливі правила планування експерименту, етики і пояснення даних, і після численних скандалів її відкликали і спростували. Головного автора позбавили ліцензії лікаря. Але хвиля пішла, вона була підхоплена рухами проти вакцинації, і все менше людей по всьому світу довіряють вакцинам. Як наслідок, збільшення чисельності випадків захворюваності на кір чи інші хвороби, ніж середньо-очікувані серед певних категорій населення, стає дедалі частішим».

#### *Особливості розмови щодо вакцинації*

— Під час розмови емпатувати та не використовувати оціночних тверджень.

— Ідентифікувати те, що може пацієнтів/батьків турбувати (визначити невербальні посили).

— Дослідити їх переконання.

— Пояснити, наскільки переваги вакцинації перевищують недоліки.

— Повідомити про важливість вакцинації.

*Рекомендації ВООЗ щодо рутинної імунізації.* Для того щоб допомогти національним службам охорони здоров'я розробити оптимальні графіки імунізації, ВООЗ збрала ключову інформацію про свої поточні рекомендації щодо імунізації в три підсумкові таблиці. У першій таблиці узагальнено рекомендовані планові щеплення для всіх вікових груп — дітей, підлітків та дорослих. У поясненнях до даної таблиці надано огляд рекомендацій щодо вакцин протягом усього життя, включаючи як первинні серії, так і бустерні дози. Друга таблиця надає детальну інформацію про звичайні щеплення для дітей, включаючи вік першої дози та інтервали. У поясненнях до неї повторюються рекомендації щодо первинних серій та бустерних доз. Нарешті, у третій таблиці ВООЗ консолідувала свої рекомендації щодо перерваної та відтермінованої вакцинації. Ці нерегулярні ситуації можуть бути складними для медичних працівників, які можуть не знати, що робити. Окремо в додатковій четвертій таблиці узагальнено рекомендації ВООЗ щодо вакцинації медичних працівників.

Усі рекомендації надходять із Позиційних документів ВООЗ, які публікуються в щотижневому епідеміологічному записі. Таблиці оновлюються одразу після публікації будь-якої нової рекомендації ВООЗ.

Варто зауважити, що різні країни мають різний рівень надання медичної допомоги та навіть різний доступ до вакцин. Наприклад, окремі належним чином надають додаткові вакцинні антигени, але вони від-

стають у забезпеченні достатньою кількістю доз або прискорених доз для традиційних вакцин і мало враховують старші вікові групи. Дані таблиці можуть допомогти стимулювати дії, спрямовані на досягнення мети Глобального плану дій щодо вакцин (GVAP), щоб рівномірно розширити переваги імунізації для всіх дітей, підлітків та дорослих.

Усі щеплення для дітей до 18 років проводяться в державних медзакладах безкоштовно.

Дорослі в Україні мають вакцинуватися від правця і дифтерії кожні 10 років. Щороку рекомендується робити щеплення від грипу. Для тих, хто перебуває в групі ризику, проводяться щеплення від гепатиту А. Жінкам до 25 років рекомендується робити щеплення від вірусу папіломи людини.

Із 2022 року в Україні до календаря щеплень додається вакцинація проти пневмококової інфекції. Перші два щеплення робитимуть однорічним малюкам, а ще одне — у віці двох років.

У світі в січні 2021 року почалась широка вакцинація від COVID-19, що насамперед була запропонована тим, хто найбільше потребував такого захисту, — медпрацівникам й особам із супутніми захворюваннями. Далі, за рекомендаціями ВООЗ, необхідно було подбати про маргіналізовані групи населення, що піддаються підвищеному ризику інфікування.

Відповідаючи на питання про те, як подолати недовіру до вакцин від COVID-19, експерти ВООЗ рекомендували владі діяти через канали зв'язку, які користуються в людей підтримкою. Вакцину може запропонувати лікуючий лікар, наприклад, пояснивши переваги вакцинації.

**Таблиця 4.1. Календар щеплень в Україні від МОЗ на 2021 рік**

<b>Вік</b>	<b>Які щеплення потрібно робити</b>
1-ша доба	Щеплення від гепатиту В
3-тя — 5-та доба	Вакцина від туберкульозу
4 місяці	Від дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, гемофільної інфекції
6 місяців	Від гепатиту В, дифтерії, правця, кашлюку і поліомієліту
12 місяців	Від кору, краснухи, паротиту, гемофільної інфекції
18 місяців	Від дифтерії, правця, кашлюку і поліомієліту
6 років	Від кору, краснухи, паротиту, дифтерії, правця і поліомієліту
14 років	Вакцина від поліомієліту
16 років	Вакцинація від дифтерії та правця

При цьому вакцинація не повинна бути обов'язковою та примусовою. Даної позиції дотримується і директор програми ВООЗ із надзвичайних ситуацій Майкл Райан. «Є певні обставини, при яких уряди можуть вимагати обов'язкової вакцинації, — зазначив він. — Але краще цього уникнути». Замість «примусу до вакцинації» у ВООЗ рекомендують просвіщати населення і переконувати його в безпеці і користі вакцин.

*Переваги вакцинації.* Вакцинація є єдиним профілактичним засобом розвитку тяжких інфекційних захворювань із серйозними наслідками. Завдяки вакцинації підтримується ерадикація небезпечних захворювань на популяційному рівні, що зберігає мільйони життів дітей по всьому світі. Використовувати вакцини набагато безпечніше, ніж їх не використовувати.

*Безпека вакцинації.* Вакцини є безпечними за умови дотримання інструкції з використання. Якщо вакцину допущено до використання, значить, вона пройшла сертифікацію відповідно до законодавства. Це справедливо для вакцин будь-якого походження. Вакцинація постійно контролюється, проводиться моніторинг пацієнтів, які пройшли вакцинацію.

*Ризики вакцинації.* Як і будь-які інші препарати, вакцини мають побічні ефекти, що зумовлені підвищеною індивідуальною чутливістю організму, здатні викликати алергії, можливі набряки в місцях уколу та лімфовузлів, підвищення температури. Вони дуже рідко бувають тяжкими та зазвичай проходять через декілька днів.

*Протипоказання до вакцинації.* Якщо дитина/доросла людина почувується хворою та має підвищену температуру тіла, вакцинацію слід відкласти. Слід уникати живих вакцин при імуносупресії (БЦЖ, живі вакцини проти краснухи, кору та поліомієліту та епідемічного парозу).



**Рисунок 4.5**

титу). Потрібно уникати вакцинації, якщо відомо про розвиток анафілактичних реакцій на якийсь із компонентів вакцини.

*Можливі побічні ефекти вакцинації.* Локальні ефекти: припухлість, почервоніння. Загальні ефекти: підвищення температури тіла, алергічні реакції та анафілактичний шок (лікується!). КПК (вакцина від кору, епідемічного паротиту, краснухи) — підвищення температури, припухлість в ділянці лімфатичних вузлів та висип.

## Запитання для контролю та самоконтролю

1. Визначення поняття «несприятливі новини».
2. Визначення та структура складних запитань.
3. Етапи протоколу повідомлення несприятливих новин родичам.
4. Як повідомляти родичам про смерть пацієнта?
5. Особливості повідомлення поганих новин дитині.
6. Передумови створення протоколу *SPIKES*.
7. Мета та завдання протоколу *SPIKES*.
8. Етапи протоколу *SPIKES*.
9. Який алгоритм пояснення діагностичних процедур пацієнту?
10. Який алгоритм пояснення прийому лікарських препаратів?
11. Який алгоритм пояснення пацієнтові процедур, що він має виконувати самостійно?
12. Етапи та рекомендації настанови *ASCO* щодо комунікації лікаря та пацієнта.

## Ситуаційні завдання

1. Лікар отримав від пацієнтки результати біопсії шлунка та має повідомити їй, що в неї рак шлунка. Мати пацієнтки свого часу померла від раку шлунка, тому пацієнтка дуже боїться, що в неї теж виявлять онкологію. Яку тактику повідомлення поганих новин слід обрати лікарю?
2. Для уточнення діагнозу пацієнту слід провести фіброгастродуоденоскопію. Пацієнт запитує, що це за процедура та як до неї підготуватися. Яку комунікативну тактику має обрати лікар для пояснення діагностичної процедури?
3. На прийом до лікаря-педіатра приходить мама з двомісячною дитиною, якій відповідно до календаря щеплень треба зробити щеплення АКДС/поліо/НіВ. Протипоказання до вакцинації відсутні. Мама відмовляється робити вакцинацію, тому що впевнена, що це інвалідизує її дитину чи спровокує розвиток аутизму. Яку комунікативну тактику має обрати лікар?

4. Лікар призначив пацієнту антидепресанти (СІЗЗС). Пацієнт побоюється, що вони викликають залежність та є дуже шкідливими, з безліччю побічних ефектів. Яку комунікативну тактику має обрати лікар для пояснення прийому препаратів?

## Рекомендована література

1. *Медицина психологія: У 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія.* [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, Н.О. Марута та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.

2. Kaplan M. SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients with Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2010 Aug. № 14(4). P. 514-516. doi: 10.1188/10.CJON.514-516. PMID 20682509.

3. Seifart C., Hofmann M., Bär T., Riera Knorrenschild J., Seifart U., Rief W. Breaking bad news — what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Annals of Oncology*. 2014. № 25(3). P. 707-711. doi: 10.1093/annonc/mdt582. PMC 4433514. PMID 24504443.

4. Безшейко В., Давиденко І. Алгоритм професійного спілкування лікаря в окремих клінічних ситуаціях. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2017. № 2(4).

5. Gilligan T., Coyle N., Frankel R.M., Berry D.L., Bohlke K., Epstein R.M., Nguyen L.H. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2017. № 35(31). P. 3618-3632.

6. Pollard N., Lincoln M., Nisbet G., Penman M. Patient perceptions of communication with diagnostic radiographers. *Radiography*. 2019. № 25(4). P. 333-338.

7. Marschollek P., Bąkowska K., Bąkowski W., Marschollek K., Tarkowski R. Oncologists and breaking bad news — from the informed patients' point of view. The evaluation of the SPIKES protocol implementation. *Journal of Cancer Education*. 2019. № 34(2). P. 375-380.

8. Marcelle Kaplan R.N. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*. 2010. № 14(4). P. 514.

9. Biazar G., Delpasand K., Farzi F., Sedighinejad A., Mirmansouri A., Atrkarroushan Z. Breaking Bad News: A Valid Concern among Clinicians. *Iranian journal of psychiatry*. 2019. № 14(3). P. 198.

10. Bowman P.N., Slusser K., Allen D. Collaborative Practice Model: Improving the delivery of bad news. *Clinical journal of oncology nursing*. 2018. № 22(1).



11. Cohen I.G. *Informed Consent and Medical Artificial Intelligence: What to Tell the Patient?* *Geo. L.J.* 2019. № 108. P. 1425.

12. O'Rourke S.R., Branford K.R., Brooks T.L., Ives L.T., Nagendran A., Compton S.N. *The Emotional and Behavioral Impact of Delivering Bad News to Virtual versus Real Standardized Patients: A Pilot Study.* *Teaching and Learning in Medicine.* 2020. № 32(2). P. 139-149.

13. Ochs M., Mestre D., De Montcheuil G., Pergandi J.M., Saubesty J., Lombardo E., Blache P. *Training doctors' social skills to break bad news: evaluation of the impact of virtual environment displays on the sense of presence.* *Journal on Multimodal User Interfaces.* 2019. № 13(1). P. 41-51.

14. Leone D., Menichetti J., Barusi L., Chelo E., Costa M., De Lauretis L., Vegni E. *Breaking bad news in assisted reproductive technology: a proposal for guidelines.* *Reproductive health.* 2017. № 14(1). P. 87.

15. Fujimori M., Akechi T., Uchitomi Y. *Factors associated with patient preferences for communication of bad news.* *Palliative & Supportive Care.* 2017. № 15(3). P. 328.

16. Ferreira da Silveira F.J., Botelho C.C., Valadão C.C. *Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients.* *Sao Paulo Medical Journal.* 2017. № 135(4). P. 323-331.

17. Matthews T., Baken D., Ross K., Ogilvie E., Kent L. *The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: A qualitative meta-synthesis.* *Psycho-oncology.* 2019. № 28(12). P. 2286-2294.

18. Манюк Л. Структура й зміст фахової комунікативної підготовки майбутніх лікарів в університетах США. Порівняльна професійна педагогіка. 2016. № 6(3). С. 109-115.

19. Березка С.В., Кузнецова А.М. Аналіз впливу рівня комунікативної компетентності на діяльність лікаря-стоматолога. Педагогіка та психологія. 2020. № 62. С. 15-22.

20. Choe E.K., Duarte M.E., Suh H., Pratt W., Kientz J.A. *Communicating Bad News: Insights for the Design of Consumer Health Technologies.* *JMIR human factors.* 2019. № 6(2). P. e8885. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.8885>.

### Спеціалізовані сайти

<https://connection.asco.org>

<https://www.thesullivangroup.com/RSQSolutions/>

<https://connection.asco.org/blogs/asco-patient-clinician-communication-guideline-fostering-relationship-centered-care>

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/58216> ■

# II ■ Комуникативні компетенції лікаря в медичній практиці та медико-психологічні засади лікувально- діагностичної взаємодії

## Розділ 5. Типові складні ситуації у взаємодії «лікар — пацієнт» залежно від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта

**Ключові поняття теми:** професійна комунікація, взаємодія «лікар — пацієнт», складна комунікативна ситуація, емоційний стан пацієнта, когнітивні особливості пацієнта, поведінкові особливості пацієнта, літні пацієнти.

### 5.1. Загальні правила комунікації в складних ситуаціях

*Чабан О.С., Асанова А.Е., Хаустова О.О.*

Щодня лікар у своїй практичній діяльності зустрічається зі складними ситуаціями та спілкується з пацієнтами в різних емоційних та психологічних станах. Здебільшого пацієнти змушені звертатись до лікаря, а не тому, що вони бажають цього. Треба пам'ятати, що всі наші пацієнти є особливими, кожен зі своїм величезним діапазоном психологічних та особистісних рис, а також поточним емоційним станом.

Проблеми в комунікації між лікарем та пацієнтом можуть бути в кожного з них або навіть у обох.

Отож, які *проблеми в даному питанні в пацієнта (провайдера медичної допомоги)?*

1. Стрес, особливо в первинних пацієнтів (короткофокусне звуження когнітивного апарату).

2. Нейрокогнітивні проблеми (вікові зміни або хвороби ГМ).

3. Забудькуватість.

4. Відсутність довіри до медичної служби.

5. Відсутність довіри до лікаря.

6. Незрозумілість дій лікаря (не зрозумів, не уточнив).

7. Забагато, на думку пацієнта, ліків, чи складні схеми.

8. Погана комунікація з лікарем.

9. Психологічно тяжкий пацієнт.

10. Альтернативна (у голові пацієнта) медицина (Інтернет, сторонній вплив, БАДи, фіто-, дієтотерапія).

Але проблема може бути і в лікаря (надавача медичної допомоги):

1. Погана комунікація (мова, жести, міміка, погляд, емпатія).

2. Незнання або погані фахові знання.

3. Неналежна оцінка особистості пацієнта.

4. Робота в цейтноті.

5. Зміщений баланс розмови з пацієнтом в сторону лікаря.

6. Стресовість роботи і надмірна втома.

7. Невраховані психологічні особливості пацієнта, які роблять його психологічно тяжким.

8. Власні хвороби, життєві проблеми (робота, сім'я, діти), ангедонія, алкоголізм.

9. Відсутність віри в можливість ефективного лікування хронічного розладу.

10. Нетерплячість, що скорочує час зустрічі.

11. Небажання надавати повну інформацію пацієнту стосовно його захворювання, зловживання термінологією.

12. Небажання формувати партнерські взаємовідносини з пацієнтом.

13. Робота виключно на біологічному рівні, без оцінки проблем пацієнта, урахування його психологічних та особистісних характеристик.

14. Синдром професійного вигорання (*Burn Out* синдром).

15. Жорстке дотримання стандартів та протоколів діагностики та лікування або, навпаки, їх ігнорування.

16. Відсутність зацікавленості в пацієнті.

17. Невірний вибір професії.

Ще до зустрічі з лікарем пацієнт може бути під впливом стресу і перебувати на межі свого емоційного стану. А перебування в медичному закладі додає пацієнтові ще більше турбот і стресів через втрату часу, здоров'я та пов'язаних із цим витрат.

Щоб впоратись з емоціями пацієнта, лікар потребує значних навичок спілкування. Це необхідно, щоб заспокоїти пацієнта та залучити його до ефективного спілкування. Ми не можемо вирішити усіх проблем пацієнта, однак ми можемо з'ясувати, що його турбує фізично та психологічно, та надати максимально ефективну допомогу. І для цього нам потрібно не тільки володіти професійними знаннями, але і майстерно використовувати наші комунікативні навички. Однак це завдання не є простим. Кожен із нас вже має певні навички спілкування, які засвоїв впродовж свого життя. І, на жаль, вони не завжди досконалі.

Навички спілкування є важливою частиною медичної освіти та життя лікаря взагалі. І проведені дослідження доводять, що соціальна ефективність та здатність вирішувати інтерперсональні проблеми на пряму залежать від майстерності володіння комунікативними навичками. Отже, доброму спілкуванню необхідно вчитись; дуже важливо засвоїти конкретні техніки спілкування для вирішення складних ситуацій у спілкуванні з пацієнтами в реальному житті.

У взаєминах між лікарем і пацієнтом існує багато складних ситуацій. Взаємодія з ними спричиняє невпевненість і навіть страх у лікаря, що призводить до ухиляння від контакту з пацієнтом. Тяжкий пацієнт відчуває потужні емоції та демонструє поведінку, що перешкоджає ефективній комунікації. Такі емоції та поведінка, як правило, викликають негативні почуття і в лікаря. Наприклад, розлючений пацієнт може дратувати лікаря настільки сильно, що це може призвести до конфлікту, уникнення контакту з пацієнтом або відмови від лікування. Крім того, такі негативні емоції пацієнта, як страх, смуток, гнів, можуть ускладнити надання медичної допомоги.

У даному розділі наведені основні клінічні та міжособистісні підходи до вирішення даних складних ситуацій. Такі підходи сприяють ефективній медичній допомозі, а також позбавляють пацієнта та лікаря неприємних моментів у спілкуванні.

Пацієнти незмінно емоційно та поведінково реагують на свої захворювання, і лікарі повинні відповідати на ці реакції. Більшість лікарів ефективно реагує на такі зміни інтуїтивно. Однак певні емоційні реакції або поведінка пацієнта часто перевершують очікування багатьох лікарів. Коли виникають такі неочікувані ситуації, лікарі розуміють, що

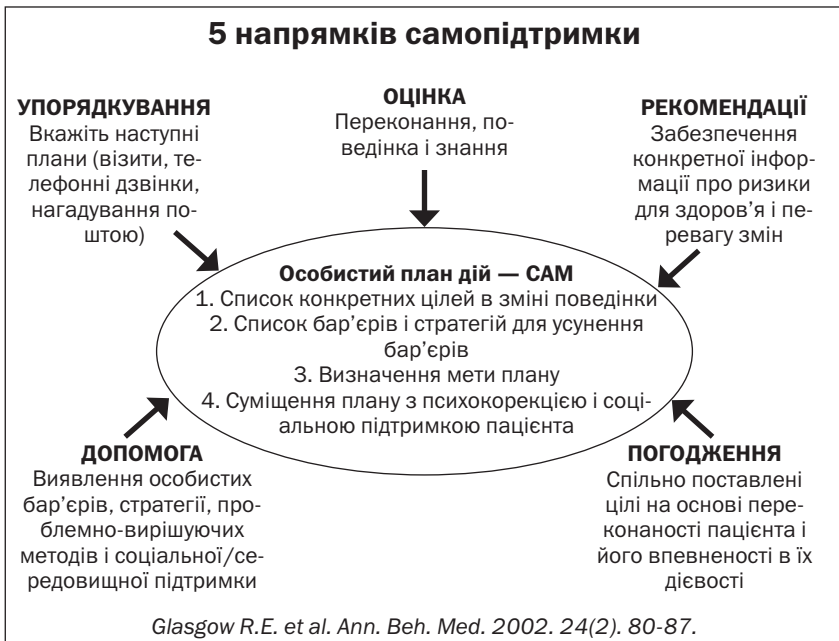
вони мають справу із складним пацієнтом. І дуже важливо пам'ятати в такий момент, що ти маєш справу з людиною, яка відчуває фізичне або психологічне страждання.

Ми часто запитуємо пацієнта: «*Що трапилось?*» або «*Чому ви такий тривожний (розлючений, розгублений)?*» Деколи це може вам допомогти та бути ефективним. Але краще не запитувати пацієнта про його емоційний стан, а використати ствердження. Наприклад: «*Я бачу, ви сумний (розлючений, тривожний)*».

Таким чином, ми уникаємо конфронтації або нав'язливої поведінки щодо пацієнта і вже демонструємо те, що ми готові бачити і чути його.

Незважаючи на зіткнення з тяжкою ситуацією, актуальним залишається необхідність зібрати клінічно важливу інформацію, навіть через подолання тяжких емоцій та поведінки пацієнта.

Ми також хотіли б приділити увагу подоланню емоційних реакцій пацієнта та вирішенню складних ситуацій у взаємодії лікаря і пацієнта. Дуже часто поведінка відображає емоційний стан. Отже, подолавши емоційні реакції, ми можемо опосередковано змінити і поведінку пацієнта, що може заважати лікувальному процесу.



**Рисунок 5.1**

### **5.1.1. Техніки подолання складних ситуацій в комунікації «лікар — пацієнт»**

У подоланні складних ситуацій у взаєминах між лікарем і пацієнтом є важливим використання таких технік:

1. Емпатійне ставлення.
2. Нормалізація емоцій.
3. Підтримка.
4. Повага.
5. Побудова партнерських взаємин.

**Емпатійне ставлення** — це здатність розпізнавати чужі емоційні реакції та вчасно повідомляти про ваше розуміння цих реакцій. Дуже важливо, спілкуючись із пацієнтом, звертати увагу на те, що каже пацієнт, як він промовляє і що в той самий час каже мова його тіла. Добре спілкування вимагає від лікаря активного слухання. Активне та емпатійне слухання дає змогу лікареві вчасно зрозуміти емоції пацієнта або відреагувати на їх зміну. Наприклад, розглянемо ситуацію лікаря, який бачить пацієнта, що страждає від підвищеного артеріального тиску. На запитання про особисте життя хворий каже, що все добре. І все ж щось у мові його тіла, можливо, ухильний погляд, турбує лікаря. У такий момент важливо сповільнитись саме на даному етапі в історії та зібрати більше інформації.

**Нормалізація емоцій.** Як тільки лікар продемонстрував своє співчуття та розуміння емоцій пацієнта, часто корисно підкреслити певну нормалізацію або почуття зрозумілості емоції. Наприклад: *«Я бачу, що ви засмучені, і це нормально у вашій ситуації, адже кожен, хто перебуває у вашому поточному стані, буде почуватися так само...»*

Даний вираз розуміння та нормалізації емоції надзвичайно заспокоює пацієнта. Крім того, такий підхід допомагає створити певну довіру і встановити достатньо взаємозв'язку для розробки певної спільної стратегії з пацієнтом для подальшого лікування.

**Підтримка.** Лікарі, як правило, пропонують своїм пацієнтам емоційну підтримку за допомогою інтуїтивних навичок. Наприклад: *«Я хочу, щоб ви знали, що я зроблю все можливе, щоб допомогти вам у вирішенні вашої проблеми».*

Дуже важливо, щоб лікарі завжди пам'ятали про те, наскільки це є важливим для пацієнта.

**Партнерство.** Існує багато досліджень, які свідчать про те, що партнерські взаємини між лікарем та пацієнтом більш ефективні, ніж авторитарні.

Наприклад: *«Ми будемо працювати разом, щоб подолати вашу проблему».*

Коли лікарі долучають пацієнтів до процесу прийняття рішень, пацієнти, як правило, більш задоволені, а також дотримуються порад лікарів. *«Отже, я можу запропонувати вам кілька варіантів лікування вашого захворювання, але необхідно, щоб ви визначили для себе більш прийнятний варіант».*

**Повага.** Повага є основою добрих стосунків між лікарем і пацієнтом. Знову ж таки, деякі лікарі поважають своїх пацієнтів безумовно. Проте в складних ситуаціях лікарі не завжди про це пам'ятають. Лікар може відчувати гнів і роздратування і піддатись цим емоціям. Проте важливо, щоб лікар усвідомив це та знайшов в собі сили для альтернативного подолання своїх негативних емоцій.

Існують певні загальні рекомендації щодо того, як впоратись з емоціями пацієнта:

1. Дайте зрозуміти пацієнтові, що ви звернули увагу та розумієте його емоційний стан.

Наприклад: *«Ви виглядаєте дуже занепокоєним!»*

2. Назвіть можливі причини занепокоєння пацієнта.

Наприклад: *«Це зрозуміло у вашій ситуації, ви просто багато дізнались сьогодні, ви стурбовані станом свого здоров'я».*

3. Запитайте пацієнта, чи є щось інше, що змушує його сердитись або турбуватись.

Рекомендація: ніколи не кажіть роздратованому або розлюченому пацієнтові *«Я розумію вас!»*

4. Не ображайте пацієнта і не вступайте в конфлікт із ним. Пам'ятайте, що потужні емоційні реакції можуть бути викликані фізичним або психологічним станом пацієнта.

5. Незважаючи на гнів пацієнта, будьте стриманим, використовуйте спокійну, збалансовану мову спілкування.

6. Не переривайте початок гніву. Дайте пацієнтові можливість висловитись.

7. Спілкуйтесь із розчарованим та сумним пацієнтом у спокійній обстановці, бажано в тиші.

Рекомендовані реакції лікаря на вербальні та невербальні сигнали пацієнта:

— Покажіть, що ви почули пацієнта, за допомогою невербальних патернів поведінки (контакт поглядом, нахили голови, вираз обличчя).

— Виявіть співчуття (емпатію). Використовуйте емпатійні висловлювання. Наприклад: *«Я бачу, що ви засмучені», «Це нормально для людини у вашому стані».*

— Дослідіть зміст проблеми, на яку пацієнт бурхливо реагує. Наприклад: *«Чи не будете ви проти, якщо я запитав вас більше про це...», «Якщо ви не бажаєте відповідати на це запитання зараз, ми можемо повернутись до нього пізніше».*

— Тільки відповідайте на запит пацієнта, спробуйте вирішити проблему. Не намагайтесь реагувати емоційно.

## **5.2. Складні комунікативні ситуації, обумовлені переважно емоційним станом пацієнта**

*Асанова А.Е., Хаустова О.О.*

Необхідно визнати недоліки нашого спілкування з пацієнтом та бути готовими до змін. Таким чином ми зможемо краще зрозуміти наших пацієнтів, а іноді і самих себе. Ми можемо навчитися та практикувати навички спілкування, щоб краще впоратись зі складними ситуаціями, які можуть траплятись у нашій повсякденній практиці. На жаль, гнів, агресія, смуток і тривога є невід'ємними проявами будь-якого захворювання. І вчасне, ефективне реагування на емоційні стани пацієнта може покращити лікувальний процес.

Ефективність та якість нашої взаємодії з пацієнтом буде посилюватися, якщо ми будемо говорити з турботою та створимо хороше враження. Іноді пацієнтові не важливо те, що ми знаємо про його хворобу, але завжди важливо розуміти, що його чують, йому співчують, про нього піклуються.

### **Типові складні ситуації у взаємодії «лікар — пацієнт» залежно від особистісних особливостей пацієнта**

- Мовчазний або замкнутий пацієнт.
- Безладний або балакучий пацієнт.
- Розсіяний або неуважний пацієнт.
- Злий або сердитий пацієнт.
- Пригнічений або сумний пацієнт.
- Тривожний пацієнт.
- Драматизуючий або маніпулятивний пацієнт.
- Пацієнт, який схильний до надконтролю.
- Метушливий і невгамовний пацієнт.
- Недовірливий і підозрілий пацієнт.
- Зарозумілий пацієнт.



### **5.2.1. Злий, сердитий або вороже налаштований пацієнт**

Серед загальних ознак злого, сердитого або вороже налаштованого пацієнта на себе звертають увагу агресивна поза, відмова сідати, прогулянка вдовж коридору («намотування кіл») або взагалі погроза піти. Такий пацієнт напружений, може мати борознисті брови, стиснені кулаки, схрещені руки. Йому притаманні обмеження подиху, підвищення голосу, гучна мова або крики, надмірна чутливість до сказаного, зміна в контакті очима, наприклад раптом глянув вниз.

Але деякі пацієнти можуть відчувати гнів в інший спосіб (наприклад, непомітно і тихо) або намагатися його контролювати. Втім, ви можете та маєте помітити раптову зміну поведінки, коли такі особи спілкуються з вами. Також злі, сердиті або вороже налаштовані пацієнти можуть почати давати односкладні відповіді, лімітуючи комунікацію з лікарем.

Спричинити таку поведінку можуть як внутрішні, так і зовнішні проблеми. *Можливі причини:*

1. Внутрішні — *психічні проблеми*: особистісний (межовий) розлад, маніакальна, депресивна роздратованість, психотичні розлади.

2. Внутрішні — *фізичні проблеми*: гострий або хронічний больовий синдром.

3. *Зовнішні проблеми* — будь-яка ситуація, що негативно сприймається пацієнтом.

*Рекомендації для спілкування* зі злим, сердитим або вороже налаштованим пацієнтом:

1. Коли ви побачите дані знаки, спробуйте розкрити джерело проблеми для пацієнта і зверніть увагу на те, як його емоції стосуються соматичного стану або лікувального процесу.

2. Не вступайте в конфлікт! Замість цього визначте свої межі і зрозумійте, коли конфліктна ситуація з пацієнтом може вплинути на вас, оскільки це допоможе вам вчасно змінити вашу реакцію на ситуацію і дозволить співпереживати пацієнтові.

3. Що робити, коли пацієнт неприємний вам? Пам'ятайте, що ви маєте справу з людиною, яка може відчувати психічне або фізичне страждання.

4. Якщо ситуація вже «зачепила» вас, використовуйте (про себе) рефлексивні висловлювання. Наприклад: «Я можу зрозуміти, чому я відчув ці емоції щодо пацієнта, я просто людина, в мене теж є почуття...» Наприклад, пацієнт, який чекав на лікаря годину, тоді як лікар спізнився. Довге очікування може бути приводом до прояву злості. Пацієнт може сказати: «Я не розумію, чому мені довелося чекати». Почуття

обурення може викликати у вас таку саму реакцію, але просто глибоко вдихніть і вибачтеся за запізнення. Це буде більш конструктивним, ніж прояв вашої власної злості. Наприклад, фраза «*Я можу зрозуміти, чому ви засмучені, і я ціную те, що ви мене дочекались*» пом'якшить обурення пацієнта.

Також необхідно попереджати персонал, щоб він інформував пацієнта про можливі запізнення у зв'язку з певними обставинами. Як альтернативу можете запропонувати перенести візит.

1. Іноді за роздратованістю може ховатись депресія. Частіше це буває в пацієнтів, які страждають від хронічного больового синдрому. Наприклад: «*Я бачу, що ви роздратовані, але мені здається, що за цим почуттям ховається смуток та розпач. Ви можете злитись навіть на мене, але мені дуже хотілося б допомогти вам*».

2. Якщо ви відчуваєте, що пацієнт боїться діагнозу або лікування, спонукайте його поговорити про це й оцініть, чи є страх відповідним до ситуації. Це може допомогти встановити причину страху та дозволить пацієнтові більш конструктивно боротись із ним.

3. Звичайно, якщо в будь-який момент під час зустрічі з розлюченим пацієнтом ви відчуєте потенційну загрозу для себе або персоналу, звертайтеся за допомогою!

### **5.2.2. Тривожний пацієнт**

Характерними ознаками тривожного пацієнта є розгубленість та знервованість. Він може виявляти фізичні ознаки тривоги: пітливість, тремтіння, швидко безконтрольно говорити, може здаватись, що він вимагає надмірної уваги від вас, особливо це стосується переконання. Або може здатися, що він вас не чує і не пам'ятає, що ви говорите.

Можливі *причини тривоги* дуже різноманітні:

- звичайна для пацієнта поведінка;
- тривожна особистість;
- наявність тривожного розладу;
- реакція на хворобу та отримання медичної допомоги. Більшість відчуває певний ступінь тривоги в таких обставинах. Тривоги від того, що з нами може щось трапитись в майбутньому;
- стурбованість — може бути пов'язана з іншими проблемами в житті пацієнта.

Якщо ви розумієте, що пацієнт хвилюється з приводу діагнозу або лікування, заохотьте його до розмови про це й оцініть, чи даний страх відповідає ситуації. Це може допомогти встановити причину страху і дозволить пацієнтові подивитись на це більш конструктивно.

*Рекомендації для спілкування з тривожним пацієнтом:*

1. Будьте спокійні і готові приділити час пацієнтові.
2. Поясніть, що в більшості пацієнтів може виникати тривога і це нормально.
3. Якщо пацієнт говорить надто багато, намагайтесь керувати бесідою за допомогою закритих запитань, а також підбивати підсумки того, що він вам сказав, пояснюючи, яка додаткова інформація ще вам потрібна і чому. Наприклад: *«Я бачу, наскільки важливою є для вас ця тема, але ми можемо повернутися до неї трохи пізніше»*.
4. Будьте наполегливими в тому, чого ви хочете від пацієнта під час та після консультації.
5. Якщо пацієнт тисне на вас, хоче дізнатись причину його симптомів і шукає запевнення, поясніть це недостатньою кількістю інформації і необхідністю уточнень. Наприклад: *«Так, я розумію, що ви вже сьогодні хотіли б дізнатись про ваш діагноз, але нам необхідно дочекатись результатів досліджень»*.

### **5.2.3. Пригнічений або сумний пацієнт**

Коли пацієнт пригнічений або сумний (не обов'язково депресивний), він виглядає засмученим, нещасливим, має маломодульовану міміку, не посміхається, може плакати. Почасти він може демонструвати унікаючу поведінку та бути не зацікавленим у навколишньому.

*Можливі причини смутку:* тяжка втрата, травма, психічне захворювання, вроджена або особистісна сором'язливість, реакція на хворобу, попередній негативний досвід лікування захворювання, очікування прихованої правди, страх наслідків захворювання.

*Рекомендації для спілкування з пригніченим або сумним (можливо, депресивним) пацієнтом:*

1. Якщо пацієнт сумний та пригнічений, постарайтесь надати йому спочатку добрі новини.
2. Дайте пацієнтові час подумати.
3. Якщо необхідно, підтримайте пацієнта (пацієнт може плакати і соромитись цього). Скажіть пацієнтові, що плакати — це нормально. Сльози полегшують душевний біль. Якщо пацієнт бажає, ви можете залишити його на самоті.
4. Повторюйте деякі запитання, які вже ставили, це може допомогти зібрати більше інформації.
5. Надавайте або прояснюйте небажану інформацію для пацієнта дозовано.

Наприклад: *«Я можу тільки здогадуватись, що вас турбує»* або *«Я не можу нічого сказати остаточно стосовно вашого діагнозу, поки не матиму підтвердження...»*

6. Запитайте про причину смутку. Наприклад: *«Чому ви пригнічені? З вами щось трапилось?»*, *«Які думки вас турбують?»*

7. Надайте можливість обирати. Наприклад: *«Я б хотів, щоб на наступні запитання ви відповідали більш детально, але, якщо вам буде незручно, повідомте мені, ми перейдемо до наступних»*.

8. За потреби запропонуйте пацієнтові відвідувати групову терапію при тяжкій втраті, домашньому насильстві, алкогольній залежності.

9. Допоможіть пацієнтові зрозуміти, що горе — це процес, що залежить від часу та сприйняття. Заохочуйте до відкритого спілкування.

### **5.3. Складні комунікативні ситуації, обумовлені переважно когнітивними особливостями пацієнта**

*Асанова А.Е., Хаустова О.О.*

#### **5.3.1. Іпохондричний пацієнт**

Іпохондричний пацієнт може скаржитись на безліч хронічних захворювань із нечіткими або перебільшеними симптомами, а також часто страждати від супутньої тривоги, депресії і розладів особистості. Він часто звертається до багатьох лікарів, має історію багаторазової діагностики та безліч лабораторних тестів. Серед можливих причин іпохондризації пацієнта варто зазначити тип особистості, вплив психотравмуючих ситуацій та/або факторів середовища, інші захворювання тощо.

##### *Рекомендації для спілкування з іпохондричним пацієнтом*

Під час спілкування з іпохондричним пацієнтом висловлюйте співчуття й акцентуйте увагу на необхідності регулярних планових візитів до лікаря. Це допоможе зменшити стурбованість такого пацієнта.

Наприклад: *«Я помітив, що ви вже відвідали кількох лікарів і провели багато досліджень (тестів, аналізів), щоб спробувати розкрити причину ваших симптомів. Я визнаю, що симптоми є реально тяжкими для вас, але я вважаю, що ці тести вже відкинули будь-які серйозні медичні проблеми. В мене є інший метод лікування для вас, який вже допоміг іншим пацієнтам з такими симптомами, як у вас. Я хотів би скласти з вами план, згідно з яким ми будемо бачитись кожні два-чотири тижні, досить*

*часто, щоб побачити, чи щось справді нове відбувається у вашому стані. Якщо щось важливе буде розвиватись, ми зробимо додаткові тести. Наші зустрічі будуть достатньо частими для того, щоб ви були впевнені, що ми нічого не пропускаємо. І ми уникнемо незручних і дорогих тестів та процедур, якщо вони явно не потрібні».*

### **5.3.2. Підозрілий пацієнт**

Основними рисами підозрілого пацієнта є його постійна недоброзичливість і підозрілість під час спілкування. Він може постійно підозрювати вас у чомусь. Він може як приховувати, так і висловлювати свої підозрілі думки.

*Рекомендації для спілкування з підозрілим пацієнтом:*

1. Нагадайте пацієнтові про конфіденційність, про яку ви вже говорили з ним на початку вашої бесіди або під час знайомства.

2. Для того щоб обеззброїти підозрілого пацієнта та знизити його емоційне напруження, вербалізуйте його підозри. Це може спонукати його до більш відвертого спілкування.

Наприклад, коли лікар питає пацієнта про *конфіденційну інформацію*.

**Лікар:** *Як ви думаєте, чому я ставлю вам усі ці запитання? Або: Що ви думаєте з цього приводу?*

**Пацієнт:** *Так, мені дійсно цікаво, як ви будете використовувати цю інформацію.*

**Лікар:** *Ви пам'ятаєте, ми говорили з вами про конфіденційність усієї інформації, яку я почую? Отже, це важливо для мене — прояснити ці запитання. Ця інформація потрібна мені суто для того, щоб краще зрозуміти вас та спробувати допомогти вам.*

**Пацієнт:** *Всі лікарі так кажуть (пацієнт може бути саркастичним).*

**Лікар:** *То ви вже чули таке? Тоді я розумію, чому ви такий обережний у наданні інформації про себе».*

**Пацієнт:** *Можливо.*

### **5.3.3. Залежний (від члена родини або стосунків) пацієнт**

У залежних стосунках член сім'ї неохоче залишає пацієнта на самоті з лікарем.

Коли пацієнтові ставлять запитання про його здоров'я, член сім'ї намагається першим відповісти на запитання або пацієнт дивиться на члена сім'ї, перш ніж відповісти.

Пацієнт, який активно спілкувався під час попередніх візитів, не говорить у присутності члена сім'ї.

Також у пацієнта можуть бути ознаки, що вказують на фізичне насильство (наприклад, синці).

*Рекомендації для спілкування із залежним (від члена родини або стосунків) пацієнтом:*

1. Намагайтесь говорити саме з пацієнтом. Попросіть члена родини надати можливість пацієнтові відповісти на запитання.

Наприклад: *«Я розумію, що кожен із вас має свою думку стосовно..., але мені хотілося б почути думку кожного окремо».*

2. Після знайомства та кількох хвилин спілкування делікатно попросіть члена родини залишити вас з пацієнтом наодинці.

Наприклад: *«Мені дуже приємно з вами познайомитись. Але зараз я б хотів поговорити з...»* або *«Отже, ви можете обрати, з ким я буду говорити першим».*

3. Наголосіть про необхідність проведення фізичного огляду пацієнта без присутності родича для того, щоб оцінити можливі ознаки фізичного насильства.

4. Якщо результати є позитивними для зловживань, лікар зобов'язаний повідомити про це в правоохоронні органи або соціальну службу, за можливості госпіталізувати пацієнта.

5. Запитайте пацієнта, чи є щось, що загрожує його здоров'ю.

Наприклад: *«Чи є щось, чого б ви не хотіли, щоб я говорив вашому родичу? Якщо ви не проти, я розповім йому лише про...».*

6. Запитайте, чи є хтось інший, кого хотів би бачити пацієнт або з ким можна зв'язатися, замість присутнього члена сім'ї.

#### **5.3.4. Розсіяний або неуважний пацієнт**

Розсіяний або неуважний пацієнт виділяється серед інших через велику частину «пустих» візитів до лікаря. Він може бути самотнім, залежним, надто боязким або збентеженим, щоб ставити запитання, на які він дійсно хоче отримати відповідь. Він також може ставити велику кількість раціональних запитань. Він багато турбується або просто дезінформований і потребує уточнень.

Можливими причинами розсіяності або неуважності почасти бувають психічні та соматичні розлади, коли пацієнт більшою мірою занурений у власні думки та переживання.

*Рекомендації для спілкування з розсіяним або неуважним пацієнтом:*

1. Перший крок до продуктивної взаємодії — це визначити основні причини частих візитів. Почніть із того, що ви помітили характер частих візитів пацієнта.

Наприклад: *«Я бачу, що ви вже тричі на цьому тижні були на прийомі у лікаря. Як я можу вам допомогти?»*

2. Поясніть, що ви бачили інших пацієнтів, які планували часті візити з різних причин, включаючи занепокоєння щодо недіагностованих симптомів, потреби в запевненні, що все буде добре, необхідності полегшення хронічного болю або просто необхідності поговорити.

3. Запитайте, чи будь-яка з даних причин турбує пацієнта або є інші ідеї щодо причин частих візитів. Показуючи розуміння причин, які могли б викликати часті візити пацієнта, ви будете сприяти відкритому обговоренню проблеми.

4. Складіть із пацієнтом план регулярних, запланованих візитів. Надайте достатню кількість інформації.

## **5.4. Складні комунікативні ситуації, обумовлені переважно поведінковими особливостями пацієнта**

*Асанова А.Е., Хаустова О.О.*

### **5.4.1. Маніпулятивний пацієнт**

Маніпулятивний пацієнт часто грає на почуттях інших, погрожує гнівом, судовим позовом або навіть самогубством. Він, як правило, виявляє імпульсивну поведінку, спрямовану на отримання того, що він хоче, і часто буває складно відрізнити таку поведінку від межового розладу особистості.

*Навіщо пацієнт маніпулює? Йому необхідні: лікарський час, лікарські старання, жалість або милосердя.*

Піддаючись на маніпуляції пацієнта, лікар неправильно розподіляє робочий час та приділяє більше уваги маніпулятивному пацієнтові. Також лікар часто приймає неправильні рішення, піддаючись вимогам пацієнта. Наприклад: ввести саме даний препарат, зробити МРТ саме зараз.

*Рекомендації для спілкування з маніпулятивним пацієнтом:*

1. Головне правило в спілкуванні з маніпулятивним пацієнтом — це усвідомити свої власні емоції і не піддатися на емоції пацієнта (він може бути насправді розумнішим, навіть якщо його дії свідчать про протилежне). Чим краще ви знаєте свої слабкості, тим швидше усвідомлюєте, що вами маніпулюють. Іноді ви повинні сказати «ні»!

Наприклад:

**Пацієнт:** *Призначте мені, будь ласка, препарат «Х»!*

**Лікар:** Даний препарат дуже сильний, зараз він вам не потрібен.

**Пацієнт:** Ні, дуже потрібен! Я без нього не можу! Терміново пропишіть мені його.

**Лікар:** Але, на жаль, я не можу цього зробити.

Наприклад:

**Пацієнт:** Я знаю про свою хворобу більше, ніж будь-який лікар, я прочитав масу літератури, спробував багато препаратів, тому я не знаю, чим ви мені ще можете допомогти.

Як поводити себе з таким типом пацієнтів? Не варто конфронтувати з пацієнтом («Навіщо тоді ви прийшли до мене?»). Найкраще працювати на випередження: «Я бачу, ви людина дуже обізнана і досвідчена, але ви все ж прийшли до мене, може, я спробую допомогти вам?»

2. Дуже добрим захистом від маніпулювання є виграш часу. Будь-який маніпулятор намагається позбавити вас часу на обдумування, тому найпростіший спосіб — це фрази «Мені потрібно подумати» або «А ви не могли б викласти своє прохання письмово?».

#### 5.4.2. Мовчазний або замкнутий пацієнт

Мовчазний або замкнутий пацієнт вразливий, йому складно висловлювати свої внутрішні почуття. Він може соромитись відповідати на особистісні запитання. Він відповідає на запитання частіше односкладово: «так», «ні», «не знаю» або взагалі мовчить.

Можуть бути різні причини саме такої поведінки:

1. Це може бути замкнена в собі особистість.
2. Це може бути проявом психічного захворювання.
2. Це може бути реакцією на хворобу і отримання медичної допомоги.
3. Причиною може бути недостатньо розвинена емоційна система пацієнта.

*Рекомендації для комунікації з мовчазним або замкнутим пацієнтом:*

1. Виявляйте максимальну повагу та терпіння.
2. Доречно починати спілкування з абстрактних тем.

Наприклад: «Що вам подобається? Можливо, вам подобається музика?»

3. Запитання, які можуть повернути пацієнта до розмови, можуть стосуватись інтересів, друзів, дозвілля.

4. Якщо пацієнт часто відповідає на запитання «ні» або «не знаю», як його залучити до діалогу?

Варіант 1. «Якщо ви дійсно нічого не знаєте, це добре, але якщо ви не хочете мені нічого говорити — це інша справа, тоді лише скажіть мені: «Я не хочу з вами говорити».



Варіант 2. Використовуйте непрямі запитання. Запитайте пацієнта, чи є в нього друг, знайомий або близька людина, яка може бути в біді або має проблему: *«Чи є у вас друг або знайома людина, в якій є проблема? Як ви вважаєте, що з ним коїться, що його турбує?»* або *«Чи є у вас друг, сестра, брат тощо? На кого був би схожий ваш друг, якби мав такий самий настрій, як у вас зараз?»* Через такі запитання пацієнт може описати свою поведінку і свої відчуття. Таким чином, ми можемо подолати захист пацієнта та залучити його до спілкування.

### 5.4.3. Балакучий пацієнт

Балакучий пацієнт дуже багатомовний; він може непередбачувано та раптово перестрибувати з однієї теми на іншу. Отже, він, як правило, не може стисло відповідати на запитання.

*Рекомендації для спілкування з балакучим пацієнтом:*

1. Під час спілкування використовуйте більше закритих запитань або запитань, які потребують конкретного вибору.

Наприклад:

**Лікар:** *Яким був ваш настрій останнім часом? (відкрите запитання).*

**Пацієнт:** *О, це залежало від того, як я проводив свій час. Якщо я зустрічався з друзями, настрій був добрий, якщо на мене очікувала купа завдань на роботі, настрій пропадав, а ще моя мама, ви знаєте, це дуже складно, коли вона починає тиснути на мене... і т.д.*

**Лікар:** *Все ж хочу перепитати, яким був ваш настрій впродовж останніх двох тижнів? Здебільшого піднесеним, пригніченим або дратівливим? (запитання з конкретним вибором відповідей).*

**Пацієнт:** *Переважно піднесеним.*

Наприклад:

**Лікар:** *Як ви спите? (відкрите запитання).*

**Пацієнт:** *По-різному. Інколи погано засинаю. Залежить від того, наскільки я втомився, а ще думки про минулий день не дають спокою. Іноді мені здається...*

**Лікар:** *О котрій годині ви зазвичай лягаєте спати? О котрій прокидаєтесь? Скільки годин спали минулої ночі? Чи прокидаєтесь впродовж ночі? (закриті запитання).*

2. Практикуйте делікатне переривання монологу пацієнта.

Наприклад: *«Я бачу, яка важлива для вас ця проблема, але не могли б ми повернутися до неї трохи пізніше?»*

3. Періодично нагадуйте пацієнтові про необхідність рухатись далі під час вашого спілкування.

## 5.5. Особливості комунікації з пацієнтами похилого віку

Хаустова О.О.

Навички міжособистісного спілкування під час надання медичної допомоги вважаються настільки важливими, що вони були визнані основною лікарською компетенцією в США рішенням Ради з акредитації медичних вищих медичних закладів та Американської ради медичних спеціальностей. Дійсно, навчання та використання ефективних методів спілкування допоможуть вам налагодити ефективніші стосунки з літніми пацієнтами та стати ще більш кваліфікованими фахівцями в наданні їм медичної допомоги.

### *5.5.1. Спеціальні комунікаційні потреби осіб похилого віку*

Комунікація з літніми пацієнтами може бути ускладнена специфічними для такого віку проблемами. Перед лікарем досить часто постають особливі питання, наприклад:

— Як ефективно спілкуватися з пацієнтами, які мають багато хвороб одночасно (поліморбідність) та/або порушення слуху та зору?

— Яким є найкращий спосіб підійти до обговорення чутливих для пацієнта тем, таких як обмеження здатності пересуватися, здатність керувати автомобілем або поява ознак згасання життя?

— Яким чином найкраще спілкуватися з літніми пацієнтами, які страждають від втрати пам'яті або плутанини?

Протягом минулого століття характер старості різко змінився. На початку 1900-х років середня очікувана тривалість життя при народженні становила близько 49 років, а сьогодні вона подовжилась майже до 80 років. Проте зі збільшенням тривалості життя літні особи можуть жити протягом багатьох років з одним або кількома хронічними неінфекційними захворюваннями і, відповідно, постійно потребувати медичних послуг. Але процес старіння може турбувати осіб похилого віку, особливо тих, хто був загалом здоровим і міг швидко одужати від якоїсь хвороби.

Пацієнти похилого і літнього віку неоднакові: 60-річна людина може мати великі вади здоров'я, а 80-річна — демонструвати досить високий рівень здоров'я і якості життя. Крім того, у різних пацієнтів, імовірно, буде різний культурний, соціально-економічний та освітній рівень, а також рівень рухової і соціальної активності. Втім варто роз-

глядати всіх осіб похилого віку як осіб, які мають широкий спектр потреб щодо питань охорони здоров'я.

Ейджизм як хибне уявлення про старіння може працювати в обох напрямках. Лікарі можуть робити хибні припущення щодо своїх літніх пацієнтів. Літні особи можуть мимоволі взяти на себе стереотипи старості. Ті, хто має симптоми, що піддаються лікуванню, можуть сприймати свої проблеми як неминучу частину старіння, а не отримати вчасно медичну допомогу. У результаті вони можуть зазнати непотрібного дискомфорту та навіть інвалідизації. Деякі пацієнти похилого і літнього віку можуть навіть не звертатися за лікуванням із приводу серйозних хворобливих станів.

Стереотипи сприйняття старіння й особливостей життя в похилому віці як невідворотного страждання як пацієнтами, так і медичними працівниками мають бути змінені. Ефективна комунікація лікаря і пацієнта може сприяти усуненню або зведенню до мінімуму проблем, пов'язаних із неминучим старінням. Варто пам'ятати, що старіння само по собі не спричиняє появи захворювань. Більше того, старіння не означає, що літня людина має жити з відчуттям болю та/або дискомфорту. Але вона дійсно потребує від лікаря більше часу (наприклад, для збирання анамнезу протягом кількох бесід), що в подальшому може обумовити збільшення ефективності курації пацієнтів літнього віку.

### **Клінічний приклад**

Пані Х., віком 85 років, живе в будинку для осіб похилого віку. Її дорослі діти вважають, що це має її пригнічувати, але вони не знають, що з цим робити. Одного разу лікар пані Х. запитала її про життя в даному будинку. Пані Х. розповіла лікареві, що саме зараз чи не найкращий час її життя — їй готують і доставляють їжу, у неї є комфортабельна кімната з видом на сади, а саме місце дуже мирне і спокійне. Пані Х. почувається цілком щасливою.

*Отже, найкращий спосіб дізнатися, що насправді відбувається, — це безпосереднє спілкування з пацієнтами та опікунами.* Для пані Х. життя, яке, на думку її дітей, неприйнятне, насправді є комфортним.

Хоча лікарі, як правило, зосереджені на діагностиці та лікуванні захворювань, особи похилого віку найбільше турбуються щодо збереження якості їх життя. Вони не обов'язково стурбовані смертю. Насправді, багато осіб похилого віку відносно спокійно сприймають перспективу смерті і хочуть максимально використати свої роки, що залишилися. Молодші члени родини, які, можливо, повинні приймати рішення (згода або незгода) щодо певних медичних процедур, коли

стара людина недієздатна, можуть не знати про погляди старої людини та вірно визначити переваги для пацієнта.

Саме тому потрібно звернутися до пацієнта похилого віку з таким запитанням: «Якою є ваша мета щодо отримання допомоги?»

Ефективне спілкування лікаря і пацієнта дійсно має практичні переваги. Це може:

- допомогти запобіганню медичним помилкам;
- сприяти поліпшенню результатів обстеження і лікування;
- створити і зміцнити терапевтичний альянс лікаря і пацієнта;
- зберегти обмежений час спілкування за рахунок його максимального дієвого використання.

### **5.5.2. Правила спілкування з літніми пацієнтами**

Розроблено перелік правил для комунікації з пацієнтами похилого та літнього віку:

- Використовуйте правильну форму звертання до пацієнта.
- Забезпечте літнім пацієнтам комфортні умови перебування.
- Приділіть кілька хвилин для встановлення контакту.
- Не поспішайте.
- Уникайте переривання.
- Використовуйте навички активного слухання.
- Запишіть нотатки для пацієнта.
- Продемонструйте емпатію.
- Уникайте медичного жаргону.
- Зверніть увагу і намагайтесь знизити бар'єри для спілкування.
- Будьте обережними у використанні спеціальних медичних термінів.
- Переконайтесь, що пацієнт вас розуміє.
- Компенсуйте дефіцит слуху пацієнта.
- Компенсуйте дефіцит зору пацієнта.
- Компенсуйте когнітивні проблеми пацієнта.

*Використовуйте правильну форму звертання до пацієнта.* Одразу продемонструйте повагу до пацієнта, використовуючи офіційну мову. Використовуйте «пан», «пані» та ін.; звертайтеся за ім'ям та по-батькові. Ви можете запитати свого пацієнта про бажані форми звертання та про те, як він чи вона хотіли б звернутися до вас. Уникайте звертання на «ти», тільки на ім'я або прізвище, використання фамільярних звертань, таких як «дорогий» та «любий», які, як правило, звучать зверхньо.

Обов'язково нагадайте середньому і молодшому медичному персоналу про важливість поваги до всіх ваших пацієнтів, особливо тих, хто старіший і потребує більш офіційного звертання і спілкування.

*Забезпечте літнім пацієнтам комфортні умови перебування.* Попро- сить персонал переконатися, що пацієнти зручно влаштувалися, і до- помогти їм, якщо це необхідно. Майте на увазі, що літніх пацієнтів, можливо, доведеться супроводжувати з палат, кабінетів, туалетів та зони відпочинку тощо. Персонал повинен часто їх перевіряти, якщо вони довго перебувають наодинці.

*Приділіть кілька хвилин для встановлення контакту.* Представте себе чітко і не говоріть надто швидко. Покажіть із самого початку, що безоціночно приймає пацієнта і хочете почути, що його або її тур- бує. Коли ви знаходитесь у лікарні, не забудьте пояснити вашу роль або оновити пам'ять пацієнта про неї.

У приміщенні, де ви будете спілкуватися з пацієнтом, привітайте всіх присутніх і вибачтесь за потреби за будь-які затримки. З новими пацієнтами спробуйте кілька запитань для сприяння встановленню контакту, наприклад: «Ви з цієї області?» або «Чи є у вас родина по- близу?» Щодо пацієнтів, які звертаються не вперше, для опанування стресу ставте дружні запитання про їх родини або події в житті.

*Не поспішайте.* У пацієнтів похилого віку можуть виникнути про- блеми зі сприйняттям під час опитування або отримання інформації від лікаря. Говорячи повільніше, ви даєте їм час для когнітивної опра- цювання того, що сказано або про що запитано. Якщо ви схильні го- ворити швидко, особливо якщо ваш акцент відрізняється від того, що ваші пацієнти зазвичай чують, спробуйте уповільнити мовлення. Це дасть їм час краще зрозуміти, що ви говорите.

Взагалі уникайте поспіху в спілкуванні з літніми пацієнтами. Від- чуття поспіху змушує осіб повірити, що їх не чують і не розуміють. Зверніть увагу, коли пацієнт намагається звести до мінімуму скарги або турбується, що він або вона займає надто багато вашого часу.

Якщо час дійсно є проблемою для вас, ви можете запропонувати своїм пацієнтам підготувати перелік скарг і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, до вашої зустрічі з ними. Таким чином, пацієнти будуть під- готовані до бесіди з лікарем, і ви матимете зміст усього, що вони хотіли б охопити протягом вашого часу разом.

*Уникайте переривання.* Дослідження доводять, що лікарі в серед- ньому переривають пацієнтів протягом перших 18 секунд первинно- го інтерв'ю. Після переривання пацієнт менш схильний виявляти всі його або її проблеми. Це означає, що для збирання необхідної анам- нестичної інформації можуть знадобитися додаткові бесіди або по- дальші телефонні дзвінки.

*Використовуйте навички активного слухання.* Дивіться на пацієнта, підтримуйте контакт очима. Коли пацієнт про щось розповідає, вико-

ривуйте часті, короткі репліки, такі як «добре», «я бачу» і «все ж». Активне слухання дозволяє зосередитись на основних моментах обговорення і демонструє пацієнтам, що ви розумієте їх проблеми.

*Запишіть нотатки для пацієнта.* Пацієнтам часто буває складно пам'ятати про все, що обговорювалося з лікарем про їх стан та надання медичної допомоги. Для пацієнтів літнього віку особливо важливо отримати від лікаря нотатки з підсумком основних пунктів візиту до лікаря. Спробуйте зробити дані нотатки простими та зрозумілими, уникаючи неоднозначної та складної мови. Наприклад, ви можете написати: *«Випивайте принаймні одну склянку води кожні 2 години»* замість *«Збільште кількість рідини»*.

*Продемонструйте емпатію.* Використовуйте можливість реагувати на емоції пацієнтів, використовуючи такі фрази, як *«Дійсно, це складно»* або *«Мені шкода, що ви зіткнулися з цією проблемою, я думаю, ми можемо її разом подолати»*. Дослідження показують, що емпатійні повідомлення займають часу менше ніж одну хвилину, але значно збільшують задоволеність пацієнта, його розуміння та дотримання режиму лікування.

*Уникайте медичного жаргону.* Спробуйте не вважати, що ваші пацієнти знають медичну термінологію або багато чого про їх хвороби. Спочатку запитайте пацієнтів, що вони знають про свій стан та, спираючись на відповідь, надайте потрібну інформацію. Хоча деякі терміни здаються загальноприйнятими («МРТ», «КТ-сканування», «ЕКГ» тощо), деякі літні пацієнти можуть їх не знати. Перевіряйте часто, щоб переконатися, що ваш пацієнт розуміє, що ви говорите. Ви можете попросити хворого повторити діагноз або план обстеження/лікування його власними словами. Можливо, доцільно записати для пацієнта діагнози або важливі терміни, щоб він або вона це запам'ятали.

### **Клінічний приклад**

#### ***«Розкажіть більше про те, як ви проводите свій час»***

Пані Л. відмовляється брати участь у спільних заходах, хоча вона скаржиться на самотність і довгі дні перед телевізором. «Я не хочу стирчати серед старих людей, яким нема чого робити, ніж порівнювати свої проблеми зі здоров'ям», — каже вона своєму лікареві. «Чому б не спробувати? — запитує її лікар. — Ви можете знайти людей, які поділяють багато ваших інтересів, у тому числі вашу любов до садівництва».

Шість місяців потому, побачивши лікаря, пані Л. дякує. Вона приєдналася до тих, хто захоплювався садівництвом, і розповіла, що всі мають свої рослини і жваво спілкуються. *Депресивні симптоми пані Л. значно зменшились.*

*Зверніть увагу і намагайтесь знизити бар'єри для спілкування.* Пацієнти похилого і літнього віку часто мають сенсорні порушення, які можуть вплинути на спілкування. Проблеми зору та слуху потребують лікування та повинні бути враховані при спілкуванні. Попросіть згоди літніх пацієнтів на проходження тестування зору та слуху, щоб визначити їх і запобігти комунікативним проблемам.

*Будьте обережними при використанні спеціальних медичних термінів.* Деякі слова можуть мати інші значення для літніх пацієнтів, ніж для вас чи ваших однолітків. Слова також можуть мати різні конотації на підставі культурного або етнічного походження. Наприклад, слово «слабоумство» для деяких пацієнтів може означати божевілля, а слово «рак» може вважатися смертним вироком. Незважаючи на те, що ви не можете передбачити будь-які вікові та культурні/етнічні відмінності у використанні мови, усвідомлення даної можливості може допомогти вам спілкуватися більш чітко.

Використовуйте просту, загальну мову та запитуйте, чи потрібні роз'яснення. Пропонуйте повторити чи переформулювати інформацію: *«Я знаю, що це складно. Я буду робити все можливе, щоб пояснити, але дайте мені знати, якщо у вас є якісь запитання або ви просто хочете ще раз щось почути»*. Низький рівень грамотності або просто неможливість прочитати також може бути проблемою для літніх пацієнтів. Тому інформація має бути надана у вигляді, що полегшує сприйняття за формою і змістом.

*Переконайтесь, що пацієнт вас розуміє.* Завершіть бесіду, переконавшись, що пацієнт розуміє:

- яка головна проблема з його здоров'ям;
- що він чи вона має зробити;
- чому важливо діяти саме зараз.

Одним зі способів впевнитись у розумінні є метод «навчання в школі», коли пацієнти відповідають, що вони зрозуміли з візиту до лікаря. Також необхідно запитати про будь-які можливі проблеми, які можуть унеможливити пацієнта виконати план лікування.

*Компенсуйте дефіцит слуху пацієнта.* Зниження слуху, пов'язане з віком, є загальним. Близько чверті осіб віком від 65 до 75 років та половина з тих, кому понад 75 років, мають певні вади слуху. Тому для полегшення спілкування з пацієнтом, який має вади слуху, доцільні такі правила:

1. Переконайтесь, що ваш пацієнт може вас почути. Запитайте, чи є в пацієнта робочий слуховий апарат. Обстежте слуховий канал на наявність надмірної кількості вушноної сірки.

2. Говоріть повільно і чітко, в звичайному тоні. Крики або гучна розмова фактично спотворюють звуки мови та можуть справити враження гніву.

3. Уникайте використання високого голосу; його складно розчутити.
4. Розташуйтеся обличчям до обличчя, безпосередньо на рівні очей, щоб пацієнти могли читати по губах або отримати візуальні підказки.
5. Приберіть руки від вашого обличчя під час розмови, оскільки це може перешкоджати можливості читання по губах.
6. Майте на увазі, що фонові шуми, такі як вібрація комп'ютерів та офісного обладнання, можуть замаскувати те, що говориться.
7. Якщо в пацієнта виникають труднощі з літерами та цифрами, надайте їм підказки. Наприклад, скажіть «м», як у «мама», «п» — як у «поле» або «б» — як у «банан». Скажіть кожну цифру окремо (наприклад, «п'ять, шість» замість «п'ятдесят шість»). Будьте особливо обережними, якщо букви звучать однаково (наприклад, «б» та «п»; «с» та «ц»; «д» та «т»; «ф» та «в»).
8. Залиште блокнот на видноті, щоб ви могли написати те, що говорите. Випишіть діагнози та інші важливі терміни.
9. Повідомте свого пацієнта, коли ви змінюєте тему. Дайте підказки, наприклад, зробіть коротку паузу, скажіть щось трохи голосніше, м'яко торкніться пацієнта або поставте запитання.

*Компенсуйте дефіцит зору пацієнта.* Розлади стають все більш поширеними в похилому і літньому віці. Використовуйте такі правила для компенсації візуального дефіциту під час комунікації «лікар — пацієнт»:

1. Переконайтеся, що освітлення є достатнім, включаючи достатнє освітлення саме вашого обличчя. Постарайтеся звести до мінімуму відблиски.
2. Перевірте, чи ваш пацієнт приніс і, якщо потрібно, надів окуляри.
3. Переконайтеся, що рукописні вказівки є чіткими.
4. Якщо ваш пацієнт має проблеми з читанням, використовуйте альтернативи, такі як вербальні пояснення, великі зображення або діаграми тощо.
5. Під час використання друкованих матеріалів переконайтеся, що шрифт достатньо великий і легко читається. Читабельним є розмір друку не менше 14-го кеглю.

*Компенсуйте когнітивні проблеми пацієнта.* Лікарі первинної медичної практики, які тривалий час спостерігають за своїми пацієнтами, можуть бачити потенційні ознаки їх когнітивних проблем. Робота з пацієнтами, у яких є когнітивні порушення, є постійним викликом щодо ефективної комунікації. Наприклад, такі пацієнти, імовірно, матимуть проблеми з дотриманням будь-яких вказівок щодо їх догляду, у тому числі як і коли приймати ліки. Лікареві необхідно перекона-



тися, що хтось із членів родини може бути доглядальником, коли це потрібно.

Подальші рекомендації корисні щодо ефективної роботи та спілкування з пацієнтами, які мають когнітивні порушення:

1. Спробуйте безпосередньо звертатися до пацієнта, навіть якщо його когнітивні здібності зменшені.

2. Приверніть увагу пацієнта. Сидіть перед ним на тому ж рівні, що і він, і підтримуйте очний контакт.

3. Вимовляйте слова чітко, з природною швидкістю. Не піддавайтесь спокуси говорити голосно.

4. Допоможіть пацієнтові орієнтуватися. Поясніть (або повторно поясніть), хто ви та що ви будете робити.

5. Якщо це можливо, познайомтесь із кимось з оточення пацієнта (члени родини, близькі, знайомі). Подумайте спочатку про присутність члена сім'ї чи іншої знайомої пацієнтові людини.

6. Підтримайте пацієнта. Підтвердіть, коли його відповіді правильні.

7. Якщо пацієнт забуває слова, обережно надайте допомогу.

8. Майте на увазі, що бесіда не є тестом, а, скоріше, пошуком інформації, що допоможе пацієнтові.

9. Використовуйте просте, пряме формулювання. Промовляйте тільки одне запитання, інструкцію чи заяву одночасно.

10. Якщо пацієнт чує, але не розуміє вас, перефразуйте ваше твердження.

11. Хоча в бесіді з пацієнтом більш доцільними для отримання інформації є відкриті запитання, пацієнти з когнітивними порушеннями часто стикаються з проблемами при формулюванні відповідей на них. Подумайте про використання закритих запитань формату «так» чи «ні» або «кілька варіантів».

12. Пам'ятайте, що багато осіб похилого віку мають проблеми зі слухом чи зором, що може призвести до плутанини.

13. Якщо пацієнт може прочитати, надайте письмові інструкції та іншу довідкову інформацію про проблему та варіанти рішень.

### ***5.5.3. Збирання анамнезу літніх пацієнтів***

Для ефективної курації пацієнтів похилого, а особливо літнього віку необхідним є отримання докладного анамнезу, включаючи інформацію не тільки про медичну та сімейну історію, але й соціальний бік життя (соціальні ролі, соціальна активність) та спосіб життя. Усі ці чинники можуть у певний час отримати значне, а подекуди й вирішальне значення для якісного медичного обслуговування.

Різні особливі потреби літніх пацієнтів можуть потребувати різних методів опитування. Отже, при збиранні анамнезу таких пацієнтів необхідно дотримуватись таких рекомендацій:

- *Загальні правила.*
- *Визначте поточні проблеми.*
- *Не переривайте.*
- *Зондуйте можливі проблеми і чутливі теми.*
- *Запитайте про ліки.*
- *Отримайте ґрунтовну історію сім'ї.*
- *Визначте функціональний статус.*
- *Отримайте інформацію щодо історії життя.*
- *Отримайте інформацію щодо соціальної складової протягом життя.*

*Загальні правила.* Вам може знадобитися особлива гнучкість при збиранні анамнезу літніх пацієнтів із застосуванням стратегій ефективного використання як часу лікаря, так і пацієнта:

1. Якщо можливо, спробуйте зібрати попередні дані перед бесідою: ознайомтесь із медичною документацією, звітами медичного персоналу та/або доглядальників, підготуйте короткі зручні для читання і попереднього заповнення анкети.

2. Постарайтеся, щоб пацієнт розповідав свою історію лише один раз (а не іншому співробітнику, а потім знову вам), тому що для пацієнтів похилого віку даний процес може бути дуже втомливим.

3. Сядьте обличчям до пацієнта на рівні очей. Використовуйте навички активного слухання, надаючи час від часу короткі коментарі, такі як «Я бачу» і «Добре».

4. Будьте готовими змінити звичайну структуру інтерв'ю. Ви можете швидше зрозуміти стан пацієнта, якщо зразу оціните анамнестичну історію основної скарги, перш ніж проводити повну оцінку наявної хвороби.

5. Надавайте перевагу використанню відкритих запитань, які захоплюють на більш повну відповідь. Якщо ж у пацієнта є проблеми з відповіддю, будьте готовими до закритих запитань: «так» чи «ні» або з іншим простим вибором.

6. Пам'ятайте, що сама бесіда може бути корисною для пацієнта, тому що для нього важлива ваша увага. Ви можете виявитися взагалі єдиною людиною, з якою ваш пацієнт спілкувався цього дня. Надання пацієнтові можливості висловлювати своє занепокоєння зацікавленій людині може бути терапевтичним методом та допоможе створити довіру у взаєминах «лікар — пацієнт».

*Визначте поточні проблеми.* Пацієнти похилого і літнього віку, як правило, мають декілька хронічних станів одночасно, тобто є полі-

морбідними або мультиморбідними. Внаслідок цього при перекриванні або маскуванні окремих симптомів можуть бути нечіткі скарги або атипова клінічна картина хворобливого стану. Саме тому доцільно зосередитись на поточних проблемах, а не на «звичному» для пацієнта захворюванні (наприклад, пацієнт із тривалим цукровим діабетом може розповідати про рівень цукру, а не про підвищений саме зараз артеріальний тиск). Отже, на початку бесіди ви можете спитати: *«Скажіть мені, що саме зараз турбує вас найбільше?»*

*Не переривайте.* Дайте пацієнтові час відповіді на ваші запитання. Насправді висловлення власної тривоги пацієнтом не забере багато вашого часу, але сприятиме встановленню терапевтичного альянсу і збільшенню загальної ефективності медичної допомоги.

*Зондуйте можливі проблеми і чутливі теми.* Запитайте: *«Чи є щось ще, про що я маю знати?»* Це запитання, що, можливо, доведеться повторити кілька разів, допомагає отримати всі попередження стосовно пацієнта на початку візиту. Іноді літній пацієнт звертається за медичною допомогою через занепокоєння членів родини чи опікунів. Заохочуйте пацієнта (та/або його опікунів) готувати письмовий перелік проблем та питань, які бажано обговорити з лікарем.

Основна проблема пацієнта під час бесіди з лікарем може бути не першою згаданою, особливо якщо вона є чутливою для пацієнта темою. Якщо за один візит виникає надто багато проблем, ви можете спланувати з пацієнтом, щоб вирішити деякі питання зараз і наступного разу.

*Запитайте про ліки.* Побічні ефекти, взаємодії та неправильне використання ліків можуть призвести до серйозних ускладнень у літніх осіб. Важливо з'ясувати, які саме ліки за рецептами і без рецептів та як часто використовують пацієнти похилого і літнього віку. Це важливо, тому що такі пацієнти часто приймають багато ліків, призначених кількома різними лікарями, такими як терапевти, кардіологи, урологи або ревматологи.

Не забудьте запитати про будь-які альтернативні методи лікування, такі як дієтичні добавки, додаткові засоби або чаї, які пацієнт може використовувати. Нагадайте пацієнтам, що вам важливо знати всі безрецептурні ліки, такі як засоби для зняття болю або очні краплі, які вони використовують.

Запропонуйте пацієнтам надати список всіх своїх ліків за рецептами, безрецептурних ліків, вітамінів, біодобавок, чаїв, рідин, ін'єкцій та інгаляторів, а також інформацію, скільки і як часто вони приймають ці ліки. Або ви могли б запропонувати, щоб вони принесли ці ліки із собою в сумці. Дізнайтеся про звички пацієнта щодо прийому кожного препарату та переконайтеся, що він або вона використовують його належним чином.

*Отримайте ґрунтовну історію сім'ї.* Сімейна історія є цінною, частково тому, що вона дає вам можливість вивчити досвід пацієнта, сприйняття та ставлення до хвороби та смерті. Наприклад, пацієнт може сказати: «Я ніколи не хочу опинитися в будинку для догляду, як моя мати».

Будьте обережні для відкриття при обговоренні таких питань, як медичне лікування, у випадках, коли пацієнти, можливо, не будуть здатними приймати рішення щодо його застосування, наприклад, у надзвичайних ситуаціях або в кінці життя.

Історія сім'ї не лише вказує на те, що пацієнт має певні захворювання, але також надає інформацію про здоров'я родичів, які піклуються про пацієнта або можуть це зробити в майбутньому. Знання структури сім'ї допоможе вам дізнатися, яка підтримка може бути надана членам родини, якщо це необхідно.

*Визначте функціональний стан.* Розуміння рівня звичайного функціонування старих пацієнтів і знання про будь-які нещодавні значні зміни є основою для надання відповідної медичної допомоги. Вони також впливають на схеми лікування. Здатність виконувати основні функції щоденного життя відображає та впливає на стан здоров'я пацієнта.

Залежно від статусу пацієнта запитайте про такі щоденні дії, як харчування, купання та одягання, а також більш складні інструментальні функції щоденного життя, такі як приготування їжі, покупки та управління фінансами. Раптові зміни щоденної простої та складної активності є цінними діагностичними підказками. Якщо ваш старий пацієнт відмовляється від їжі, демонструє сплутаність у складній діяльності або більшість часу залишається в ліжку, шукайте раніше непомічені медичні проблеми. Зверніть увагу на те, що такі проблеми можуть з'являтися зненацька.

*Зберіть анамнез життя.* Якщо ви плануєте диспансерний або консультативний нагляд за старим пацієнтом, знайдіть час, щоб дізнатися про його життя. Це допомагає зрозуміти пацієнта. Це також зміцнює стосунки між лікарем і пацієнтом, показуючи ваш інтерес до пацієнта як людини.

Намагайтесь отримати інформацію про взаємини пацієнта з іншими людьми, про його думки про членів родини або колег, про типове реагування на стрес, а також його ставлення до старіння, хвороби, праці та смерті. Ця інформація може допомогти вам інтерпретувати проблеми пацієнта та зробити відповідні рекомендації.

*Зберіть соціальний анамнез.* Соціальний анамнез також має вирішальне значення. Якщо ви знаєте життєві умови вашого пацієнта або його доступ до можливості транспортування, ви набагато більше схильні розробляти реалістичні, відповідні втручання. Запитайте про те, де він або вона живе; про зручність і безпеку району його прожи-

вання; харчові звички; вживання алкоголю, тютюну та інших ПАР; тивову щоденну активність; роботу, освіту та фінансові ситуації. Це допомагає з'ясувати, хто живе з пацієнтом чи поруч із ним.

Розуміння життя і щоденної діяльності людини допоможе вам зрозуміти, як спосіб життя вашого пацієнта може вплинути на збереження і підтримання його здоров'я. Із цією метою визначте, чи є пацієнт неформальним піклувальником для інших. Багато літніх людей піклуються про своє подружжя, старших батьків або онуків. Готовність хворого доповідати про симптоми іноді залежить від того, чи пацієнт вважає, що він може «дозволити собі хворіти», з огляду на сімейні обов'язки.

Відвідування пацієнта лікарем на дому — чудовий спосіб дізнатися про домашнє життя пацієнта. Якщо це неможливо, спробуйте дізнатися деякі подробиці про домашнє життя пацієнта під час інтерв'ю: «Ви використовуєте електрику чи газ для приготування їжі, обігріву? У вас є круті сходи? Чи є у вас домашня тварина? Ви можете потрапити до продуктового магазину чи аптеки самостійно? Ви дружньо живете з оточуючими?» Інформація про домашнє життя вашого пацієнта допоможе вам зрозуміти аспекти його хвороби та покращити прихильність до лікування.

Також обов'язково запитайте, чи змінилося щось із моменту останнього відвідування. Наприклад, ви можете дізнатись, чи оточення вашого пацієнта не змінилось (усі живі/здорові) або він зазнав якогось виду втрати.

#### ***5.5.4. Заохочення до здорового способу життя пацієнтів літнього і похилого віку***

***Фізичні вправи та фізична активність.*** Фізичні вправи продемонстрували значущі переваги для осіб похилого віку у вигляді зниження ризику розвитку серцево-судинних захворювань, артеріальної гіпертензії, діабету 2-го типу, остеопорозу, ожиріння, раку товстої кишки та раку молочної залози. Вони також суттєво зменшують ризик падіння та травм, пов'язаних із падінням.

Як і решта осіб, літні особи можуть знати, що вправи корисні для їх здоров'я, але вони можуть не мати мотивації до цього. Ви можете впливати на мотивацію своїх пацієнтів, обговорюючи з ними їх повсякденну діяльність і з'ясовуючи, чи вони мають будь-яке регулярне фізичне навантаження чи фізичну активність.

Існує кілька способів заохотити літніх пацієнтів до заняття:

— Коли це доречно, повідомте їм, що регулярне фізичне навантаження, включаючи вправи на витривалість, зміцнення м'язів, баланс і гнучкість, важливі для здорового старіння.

— Допоможіть пацієнтам встановити реалістичні цілі та розробити план щодо фізичних вправ.

— Напишіть конкретний розклад фізичних вправ для пацієнта, включаючи тип, частоту, інтенсивність та час; стежите за перебігом фізичних занять із метою вчасної переоцінки цілі в часі.

— Направляйте пацієнтів на заняття на спеціальні курси і в групи для осіб похилого і літнього віку.

### **Клінічний приклад**

Пан Г. має список виправдань, чому він не міг дотримуватися рекомендацій лікаря щодо фізичних вправ, наприклад, що це вправи для молоді або що витрати на спортивне приладдя занадто великі. Вислухавши пацієнта, лікар пояснює, що фізична активність корисна особам різного віку і що сидячий спосіб життя є набагато небезпечнішим, ніж активний. Він рекомендує панові Г. починати гуляти по 10 хвилин за раз і щотижня нарощувати загалом до 150 хвилин фізичної активності. Єдине обладнання, що йому знадобиться, — пара зручних кросівок.

*Харчування.* Пацієнти похилого і літнього віку можуть розвинути в себе погані звички щодо харчування з багатьох причин. До них належать вікове зменшення почуття запаху і смаку, можливі проблеми із зубами або виникнення депресії. Особам старшого віку також може бути складно добиратися до супермаркету або стояти досить довго, щоб готувати їжу. І хоча енергетичні потреби можуть зменшуватися з віком, потреба в певних вітамінах і мінералах, включаючи кальцій, вітамін D, вітаміни B<sub>6</sub> та B<sub>12</sub>, зростає після 50 років.

Подальші стратегії щодо стимулювання здорового харчування в пацієнтів похилого і літнього віку можуть бути корисними:

— Підкресліть, що добре харчування може вплинути на добробут та незалежність.

— За потреби пропонуйте рідкі харчові добавки, але підкресліть переваги твердих продуктів.

— За потреби пропонуйте полівітаміни, які покривають 100 відсотків рекомендованих щоденних кількостей вітамінів і мінералів для літніх осіб, але не мегадоз.

Надайте своїм пацієнтам таку інформацію щодо здорового способу життя:

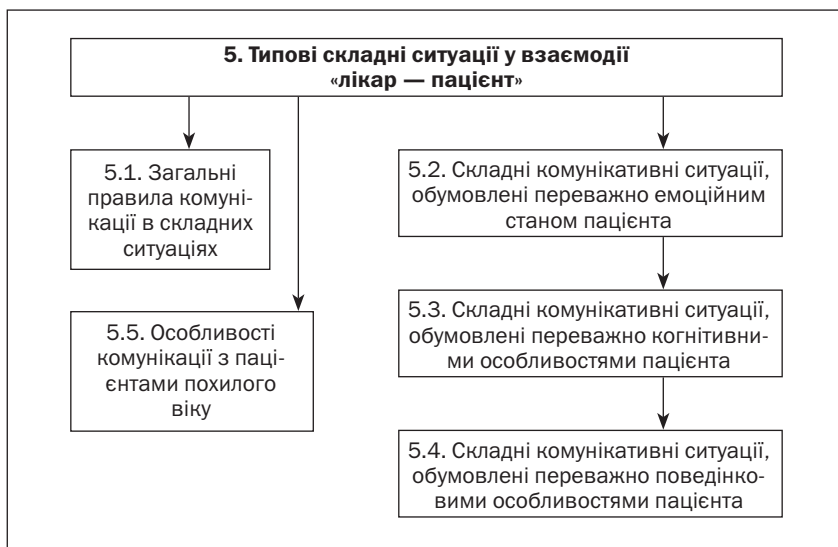
— Разом фізичні вправи та зміни способу життя, такі як активність і здорова їжа, зменшують ризик діабету в осіб старшого віку в межах 70 %.

— Помірне фізичне навантаження ефективно в зменшенні проблем зі стресом та сном у літніх жінок, які піклуються про пацієнтів із деменцією.

— Особи похилого віку, які помірно тренуються, здатні швидко заснути, не просинатися вночі і мають кращу якість сну.

— Фізичні вправи, які можуть покращити баланс, зменшують падіння серед осіб похилого віку на 33 %.

— Прогулянки та силові вправи для осіб з остеоартритом колін допомагають зменшити біль, покращити функціонування і якість життя.



**Рисунок 5.2**

## Запитання для контролю та самоконтролю

1. Як спілкуватись зі злим, сердитим або вороже налаштованим пацієнтом?
2. Як спілкуватись із тривожним пацієнтом?
3. Як спілкуватись з іпохондричним пацієнтом?
4. Як спілкуватись із пригніченим або сумним пацієнтом?
5. Як спілкуватись із розсіяним або неухважним пацієнтом?
6. Як спілкуватись із маніпулятивним пацієнтом?
7. Як спілкуватись із підозрілим пацієнтом?
8. Як спілкуватись із мовчазним або замкнутим пацієнтом?
9. Як спілкуватись із балакучим пацієнтом?
10. Як спілкуватись із залежним пацієнтом?

11. Які особливості спілкування з пацієнтом похилого віку?

12. Які особливості спілкування з пацієнтом з обмеженнями зору, слуху та когнітивного функціонування?

### Ситуаційні завдання

1. Пацієнт А. стрімко заходить до кабінету лікаря, відмовляється сісти, висловлює незадоволення діями чергової медсестри, яка, на його думку, дуже повільно роздавала ліки. Він напружений, стискає кулаки та періодично переходить на крик.

*Що може бути причиною такої поведінки? Ваша тактика при спілкуванні з таким пацієнтом?*

2. Пацієнт В. вперше у вас на прийомі. Він має багато скарг, що не відповідають даним фізикального обстеження (нечіткі або перебільшені симптоми). Він також демонструє лікареві амбулаторну карту, де відображено історію багаторазової діагностики та безліч лабораторних тестів. Він вважає, що має безліч хронічних захворювань, які лікарі не можуть або не хочуть бачити.

*Що може бути причиною такої поведінки? Ваша тактика при спілкуванні з таким пацієнтом?*

3. Пацієнт С. на клінічному обході заявляє, що він ображений тим, що йому довелося чекати своєї черги на перев'язку. Він каже, що був такий злий, що ледь не пішов з лікарні, та погрожує судовим позовом.

*Що може бути причиною такої поведінки? Ваша тактика при спілкуванні з таким пацієнтом?*

4. Пацієнт Л., 76 років, за повідомленням медичної сестри, часом поводить розгублено та не дотримується правил режиму відділення: вчасно не приходиться в їдальню, пропускає або запізнюється на прийом ліків або призначені процедури.

*Що може бути причиною такої поведінки? Ваша тактика при спілкуванні з таким пацієнтом?*

### Рекомендована література

1. Медична психологія: У 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія. [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.

2. Медична психологія: У 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія. [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, Н.О. Марута та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.

3. Комунікативні навички лікаря. Конспект лекцій. Заг. ред. О.С. Чабан. К.: LAT&K, 2017. 152 с.



4. *Основи загальної та медичної психології. За ред. І.С. Вітенко, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 435 с.*
5. *Asanova A., Khaustova O. Типові складні ситуації у взаємодії лікар — пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. Psychosomatic Medicine and General Practice. 2018 Sep 13. № 3(3). P. e0303125.*
6. *Medinas-Amorós M., Montaño-Moreno J.J., Centeno-Flores M.J. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. Multidiscip Respir. Med. 2012. № 7(1). P. 51.*
7. *Frank J.R., Snell L., Sherbino J. CanMEDS 2015 physician competency framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2015.*
8. *Emanuel R.C. Do certain personality types have a particular communication style? International journal of social science and humanities. 2013. № 2(1).*
9. *Erozkan A. The effect of communication skills and interpersonal problem solving skills on social self-efficacy. Educational Sciences: Theory & Practice. 2013. № 13(2). P. 739-745.*
10. *Bialik M., Fadel C. Skills for the 21<sup>st</sup> century: What should students learn? 2015.*
11. *Hurley K.F. OSCE and clinical skills handbook. 2<sup>nd</sup> ed. Elsevier, 2011.*
12. *Mukerji G. Communicating with patients and families about unnecessary tests and treatments. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Rating Scales. The Royal Collage of Physitians and Surgions of Canada. 2017.*
13. *Ridd M. Teachers and students handbook for consultation skills teaching. University of Bristol Medical School Centre for academic primary care. 2013.*
14. *Patton C.M. Conflict in Health Care: A Literature Review. The Internet Journal of Healthcare Administration. 2014. № 9(1). URL: <http://ispub.com/IJHCA/9/1/20081>.*
15. *Turner J., Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. West J. Med. 2000. № 172(2). P. 124-128.*
16. *Reid J., Noble H. Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. Healthcare (Basel). 2016. № 4(3). P. 56.*
17. *Lumley M.A., Cohen J.L., Borszcz G.S. Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. J. Clin. Psychol. 2011. № 67(9). P. 942-968.*
18. *Dealing with strong emotions OSCE stop. [http://oscestop.com/osce\\_communication.html](http://oscestop.com/osce_communication.html)*
19. *Carlat D.J. The psychiatric interview. Fourth edition. Wolters Kluwer. 2017.*
20. *Brown J., Noble L.M., Parageorgious A. Clinical communication in medicine. Willey-Blackwell, 2016. ■*

# Розділ 6.

## Кризові та конфліктні ситуації у взаємодії «лікар — пацієнт»

Чабан О.С., Франкова І.О.

**Ключові поняття теми:** конфлікт, кризова ситуація, конфліктна ситуація, динаміка конфлікту, вирішення конфлікту, конфлікт у медичному середовищі.

Ситуація взаємодії людини з людиною, а це базові взаємини в медицині, завжди буде призводити до різних і не завжди прогнозованих реакцій як пацієнта, так і лікаря. Усвідомлення та вивчення цієї складової комунікації дає змогу медичному працівнику засвоїти поняття кризових та конфліктних ситуацій у взаємодії «лікар — пацієнт»; вивчити структуру, динаміку, особливості та типологію кризових та конфліктних ситуацій; навчитися основ попередження і вирішення конфліктів, зокрема в медичних закладах.

*Конфлікт* визначається у психології як відсутність згоди між двома або більше сторонами: в медицині — це взаємини між лікарем та пацієнтом; лікарем та родичами пацієнта; лікарем, пацієнтом та родичами пацієнта; пацієнта та/або його родичів із середнім та молодшим медичним персоналом; взаємини всередині медичного колективу, зокрема з керівництвом закладу; комунікація між медичними закладами. Це такі взаємини між суб'єктами соціальної взаємодії, які характеризуються їх протиріччям на підставі протилежно направлених мотивів (потреб, інтересів, цілей, переконань) або суджень (думок, поглядів, оцінок тощо).

Для медичної спільноти важливо навчитися користуватись базовими теоретичними положеннями конфліктології для здійснення психологічного аналізу конфліктних ситуацій. Медичний працівник має зважати на витоки (причини) і специфіку різних типів конфліктних ситуацій у побудові системи заходів, спрямованих на реадaptaцію людини у конфліктній ситуації. Лікар має попереджувати та оперативно вирішувати конфліктні ситуації, зокрема конфлікти, що можуть виникати в медичних закладах.

## 6.1. Загальна характеристика конфліктів та кризових ситуацій

Поєднання кризових ситуацій та конфліктів обумовлено тим, що у медицині будь-яка кризова ситуація має шанс перейти у конфліктну внаслідок різного її розуміння залученими особами (медичний персонал, пацієнт та/або його родичі, інші зацікавлені особи).

У структурі конфлікту можна виділити такі основні поняття: учасники конфлікту, умови перебігу конфлікту, образи конфліктної ситуації, можливі дії учасників конфлікту, наслідки конфліктних дій. Учасниками конфлікту можуть бути окремі індивіди, соціальні групи (лікарі, середній, молодший медичний персонал), організації тощо. З точки зору соціальної психології, що досліджує особистісні, міжособистісні та міжгрупові конфлікти, найтипівішими сторонами конфлікту є окремі аспекти (риси) особистості, самі особистості та соціальні групи. В соціально-психологічному плані учасники конфлікту характеризуються передусім мотивами, цілями, цінностями, установками тощо. Конфлікт суттєво залежить від зовнішнього контексту, в якому він виникає і розвивається. Важливою складовою є соціально-психологічне середовище, наприклад той чи інший медичний заклад, що представлений специфічною структурою (приватна, державна, багатопрофільна, вузькоспеціалізована медична установа), динамікою, нормами, правилами, цінностями та ін.

Вплив учасників конфлікту та умов його перебігу ніколи не здійснюється безпосередньо. Опосередковуючою ланкою є образи конфліктної ситуації, які утворюються у кожного учасника конфлікту. Ці внутрішні картини ситуації включають уявлення учасників про самих себе (свої мотиви, цілі, цінності тощо) уявлення про протилежну сторону конфлікту та уявлення про ситуацію, в якій склалися та вирішуються конфліктні стосунки. Саме суб'єктивні образи, а не реальність є безпосередньою детермінантою конфліктної поведінки. Ці образи зумовлюють можливі дії, що визначають стратегію поведінки. Реальні наслідки конфліктних дій є складовим елементом процесу конфліктної взаємодії. Усвідомлення цих результатів, корекція своїх уявлень про конфліктну ситуацію — важливий бік конфліктної взаємодії.

### **Кризові та конфліктні ситуації у взаємодії «лікар — пацієнт»**

- Пацієнт, який відмовляється від спілкування (допомоги).
- Пацієнт із соматизацією симптомів психічного захворювання.

- Залежний і надто вимогливий пацієнт.
- Пацієнт, який тривало страждає від симптомів хвороби.
- Повідомлення поганих новин.
- Супровід помираючого пацієнта.
- Незадоволений, конфліктний пацієнт.

### **6.1.1. Причини та передумови конфлікту**

*Зовнішні умови* виникнення конфлікту загалом можна звести до того, що задоволення якихось глибоких, активних мотивів (потреб) та взаємин особистості або стає неможливим, або перебуває під загрозою. В умовах лікарні це, в першу чергу, потреба у безпеці, що спирається на довірі лікарю чи медичній установі. Зовнішні умови конфлікту у житті кожної людини виникають обов'язково та є необхідними. По-перше, це відбувається через об'єктивні перешкоди задоволення мотивів, яке реалізується у взаєминах між людьми (наприклад, обмежений час на кожного пацієнта). По-друге, реалізація одних мотивів обов'язково породжує нові, ще не задоволені (якщо базова довіра виникла і потреба в безпеці задоволена, виникає нова потреба — залежність від авторитетного спеціаліста, бажання перекласти на нього відповідальність за власне здоров'я). Ця безперервна поява ще не задоволених мотивів — необхідна умова розвитку особистості та суспільства загалом.

*Ефект Даннінга* — *Крюгера*: «Люди менш компетентні вважають себе більш фаховими, а більш компетентні — більше сумніваються». Пацієнти довіряють тому, хто менше сумнівається. Ось такий парадокс. Він також може бути причиною незадоволення пацієнта лікарем, який не приховує свій сумнів та роздуми над проблемою пацієнта, а не безапеляційно та категорично, але й одночасно помилково, починає діяти.

Однією з найважливіших умов виникнення конфлікту є те, що суспільне життя, тобто життя у соціумі, вимагає пригнічення або обмеження різних потреб (мотивів), часом дуже глибоких і активних, наприклад, прагнення зберегти життя. Конфлікт виникає лише тоді, коли зовнішні умови породжують певні внутрішні умови.

*Внутрішні умови, або передумови*, відіграють основну роль і серед них насамперед особистісні умови виникнення і розвитку конфліктів (конфліктність як відносно стійка особистісна властивість, деструктивні внутрішньоособистісні конфлікти, акцентуації характеру, негативні стереотипи поведінки, установки тощо).

#### **Ситуації передумов конфлікту:**

- незадоволеність актуальної потреби;
- почуття невизначеності, непевності, розгубленості;

- дезорієнтація;
- втома;
- нестійкість настрою;
- підвищена збудливість;
- недостатня чи перекручена інформованість;
- ступінь сугестивності.

Розрізняють об'єктивні та суб'єктивні причини конфліктів. Об'єктивні насамперед призводять до конструктивних конфліктів, що виникають у діловій сфері. Суб'єктивні переважно зумовлюють де-структивні конфлікти, притаманні для особистісно-емоційної сфери.

**Об'єктивні причини конфлікту:**

- незадоволення оплатою праці;
- несприятливі умови праці;
- недоліки в організації праці;
- невідповідність прав та обов'язків;
- неритмічність роботи;
- незручний графік роботи;
- недоліки в технології (особливо ті, що зменшують заробіток працівника);
- незабезпечення завдань ресурсами;
- відсутність чіткості у розподілі обов'язків, особливо неефективні, надто нечіткі або застарілі посадові інструкції;
- низький рівень трудової та виконавчої дисципліни;
- конфліктогенні організаційні структури;
- суперечливі взаємини або цілі технологічних і економічних служб.

**Суб'єктивні причини:**

- неправильні дії керівника (порушення службової етики, а також трудового законодавства, несправедлива оцінка керівником дій підлеглих і результатів їх праці);
- неправильні дії підлеглих;
- неправильні вчинки і керівника, і підлеглого.

Нерідко виявляється не стільки образа почуття гідності, скільки амбіція одного з конфліктуючих, і суб'єкт висловлює примітивні реакції. Пом'якшення чи усунення подібних реакцій вимагає вмілого і терплячого психологічного втручання. Немає нічого більш помилкового, ніж сказати людині в очі (а тим більше в присутності інших), що його реакції примітивні. «Лобові» дії тут призводять лише до загострення міжособистісного конфлікту. Джерелом конфлікту часто є непідтвердження рольових очікувань, запропонованих один одному партнерами спілкування.

### **6.1.2. Роль особистості у виникненні конфлікту**

«Жало» конфлікту може полягати й у відносній психологічній несумісності людей (особистостей), вимушених під впливом обставин щоденно контактувати один з одним. Так, виражений екстраверт часто відкрито висміює інтроверта, який уявляється йому «хитрою», «зарозумілою» або «злою» людиною, а ригідний суб'єкт виражає свою неприязнь мобільному як «балаболці». Домінантний суб'єкт ворогує з іншим, з таким самим доміантним, або пробує підкорити собі доміантного, який теж не визнає його зверхності. В такій ситуації вихідне розходження характерів легко обростає взаємними образами, що базуються на приниженні гідності (або амбіції) конфліктуючих.

*Характерологічні передумови конфлікту:*

— стійкі якості та риси характеру, що призводять до зіткнення з оточуючими;

— зухвале негативне ставлення до людей;

— почуття антипатії і протидії, що формуються середовищем.

*Фактори конфліктної особистості:*

— *психологічні*: особливості темпераменту, рівень агресивності, психологічна стійкість і саморегуляція, актуальний емоційний стан, соціально-психологічні установки та цінності, ставлення до опонента, компетентність у спілкуванні тощо;

— *соціальні*: особливості умов життя й діяльності, середовища і соціальне оточення, загальний рівень культури та ін.

Доволі часто конфлікт виникає, коли роль керівника (відділення, відділу, підрозділу, лікарні) відіграють особистості з авторитарними рисами.

*Характеристика авторитарної особистості:*

— відсталість, ригідність, стереотипність мислення;

— дотримання умовностей і переслідування тих, хто їх порушує;

— містична схильність;

— перебільшений інтерес до проблем влади, сили, насильства;

— побоювання і страх перед дурним впливом, побоювання потрапити під вплив «чужих»;

— цинізм, впевненість у тім, що всі засоби добрі для негайного досягнення «високих і справедливих» цілей власної групи;

— перебільшений конформізм у сфері сексуальних взаємин;

— віра в моральну чистоту власної групи, клану і відмовляння в цьому іншим групам;

— прихильність цінностям «середнього класу».

Авторитарна особистість проявляє такі амбівалентні риси, які самі по собі створюють фрустраційну ситуацію у взаємодії з іншими людьми:

- строгі, тверді, ригідні системи соціальних установок;
- нетерпимість до амбівалентності та протиріч;
- перевага ясної і чіткої визначеності й алгоритмів;
- потреба у визнанні, соціальних рангах і статусах;
- амбівалентність щодо влади, що співвідноситься з амбівалентним ставленням до батьків;
- ригідність в побудові міжособистісних взаємин, тому близькість в особистих стосунках становить складність і часто неприйнятна.

Кожен конфлікт має свої особливості, тому що в конфлікті задіяні як мінімум дві різні особистості зі своїм світоглядом, проблемами та ставленням до життя і до того, що зараз відбувається між ними. Потрібно розуміти, що до конфліктів можуть призводити навіть різні стилі та типи поведінки людини. Але водночас для всіх видів конфліктів характерні загальні об'єднуючі фактори та прояви.

### **6.1.3. Класифікація, функції та динаміка конфліктів**

Кожний реальний конфлікт має процесуальний характер. Розгляд динаміки конфлікту вимагає поділу його на стадії. Це виникнення об'єктивної конфліктної ситуації, усвідомлення її, здійснення конфліктної поведінки, розв'язання конфлікту. В табл. 6.1 наведені основні характеристики фаз та етапів конфлікту.

Здебільшого конфлікт зумовлений об'єктивною ситуацією. Але певний час вона може не усвідомлюватися. Тому цю стадію називають стадією потенційного конфлікту. Саме усвідомлення породжує конфліктну поведінку. Та нерідко реальний конфлікт виникає, коли

**Таблиця 6.1. Співвідношення фаз і етапів конфлікту**

<b>Фаза конфлікту</b>	<b>Етап конфлікту</b>	<b>Можливість вирішення конфлікту (%)</b>
Початкова фаза	Виникнення і розвиток конфліктної ситуації; усвідомлення конфліктної ситуації	92
Фаза підйому	Початок відкритої взаємодії	46
Пік конфлікту	Розвиток відкритого конфлікту (конфліктна поведінка)	5
Фаза спаду	Розв'язання конфлікту	20

об'єктивних умов конфлікту немає. Можливі такі варіанти співвідношення між образом конфліктної ситуації та реальністю:

— Об'єктивно конфліктна ситуація існує, її учасники вважають, що їхні цілі, інтереси конфліктні, і правильно розуміють сутність себе, інших, ситуацію в цілому. Це адекватно усвідомлений конфлікт.

— Об'єктивно конфліктна ситуація існує, сприймається як конфліктна, але усвідомлюється з певними відмінностями від реального контексту. Це неадекватно усвідомлений конфлікт.

— Об'єктивно конфліктна ситуація існує, але не усвідомлюється. У цьому разі конфліктна взаємодія відсутня.

— Об'єктивно конфліктної ситуації немає, але стосунки сприймаються як конфліктні. Це удаваний, помилковий конфлікт.

Психологічного аналізу потребують передусім випадки неадекватного та удаваного конфлікту. Саме тому, що внутрішній аспект ситуації, що виникає між учасниками конфлікту, зумовлює їхню реально поведінку; важливо ретельно проаналізувати фактори, що спричиняють відхилення від реальності (рівень інформованості, структура комунікації та інше), та механізм впливу цих відхилень на перебіг конфлікту (його тривалість, інтенсивність, характер розв'язання).

Усвідомлення ситуації як конфліктної завжди має емоційне забарвлення. Виникнення та вплив емоцій на перебіг конфлікту є дуже важливою проблемою адекватного розв'язання конфліктних ситуацій і вимагають спеціального аналізу. Конфліктні дії різко загострюють емоційний фон перебігу конфлікту, а негативні емоції, що виникають у цей час, у свою чергу, стимулюють конфліктну поведінку.

Взаємні конфліктні дії здатні змінювати, ускладнювати первинний конфлікт та структуру, що породжує нові чинники конфліктних дій. Стадія конфліктної поведінки може призвести до ескалації конфлікту, зміни його характеру, типу.

З іншого боку, під час конфліктних дій учасники стикаються з реальністю, яка коригує первинні образи ситуації, що може призвести до адекватного розуміння тієї ситуації і сприяння її адекватному розв'язанню.

**Кризові ситуації з імовірністю розвитку конфліктів можуть бути у взаєминах:**

- 1) між лікарем та пацієнтом;
- 2) лікарем та родичами пацієнта; лікарем, пацієнтом та родичами пацієнта;
- 3) пацієнтом та/або його родичами з середнім та молодшим медичним персоналом;



- 4) всередині медичного колективу;
- 5) між медичними закладами.

Для конфліктів у взаєминах всередині медичного колективу справедлива класифікація, запропонована К. Левінім.

### *Типи конфліктів за К. Левінім*

— Еквівалентний (наближення — наближення). Конфлікт виникає, коли суб'єкт повинен виконати дві та більше важливі для нього справи. Звичайна модель вирішення конфлікту — компроміс, часткове заміщення.

— Вітальний (уникання — уникання). Суб'єкт змушений приймати рішення, рівною мірою для нього не привабливі, наприклад, звільнитися з роботи, почати пошук нової роботи або продовжувати виконувати нецікаву і мало оплачувану роботу.

— Амбівалентний (наближення — віддалення). Конфлікт виникає, коли ті самі дії, результат одночасно залучають і відштовхують, наприклад, визнання високого професіоналізму людини і негативне ставлення до її особистісних якостей. Вирішення подібного конфлікту можливо тільки на основі компромісу.

— Фруструючий (наближення — уникання). Конфлікт виникає, коли бажаний результат і дії, спрямовані на його досягнення, не схвалюються суспільством, його нормами і правилами. Конфлікт подібного типу може вирішуватися різними способами — агресією, заміщенням, переорієнтацією, компромісом, відходом від вирішення.

Потрібно розуміти, що конфлікт — це один із природних способів комунікації та навчання. Тому, безумовно, і в конфлікті можна знайти позитивні сторони для подальшої співпраці з пацієнтом, набуття нових навиків психологічної пружності та амортизації, оволодіти антистресовими методиками. Тож виділяють позитивні та негативні функції конфліктів.

Функціональний аспект конфлікту зумовлений потребою змін у людських стосунках. Щодо сутності цих стосунків конфлікт є протиставленням, зіткненням протилежних тенденцій, оцінок, принципів, еталонів поведінки щодо предмета конфлікту. Збоку конфлікт відбиває прагнення затвердити принцип, учинок, ідею, самоствердитись.

З точки зору стану міжособистісних стосунків конфлікт є деструкцією цих стосунків на емоційному, пізнавальному та поведінковому рівнях. Якщо у визначення конфлікту спиратися на його суб'єктів, то він може розглядатися як форма комунікації. Конфлікт як психічний стан є водночас захисною та емоційно забарвленою реакцією, реакці-

єю на ситуацію, що психологічно травмує людину, на перепони в досягненні певних цілей.

З огляду на оцінку результатів конфлікту його можна вважати дезінтегруючою силою людських стосунків, а його ліквідацію — інтегруючою. З інструментальної точки зору конфлікт є засобом самоствердження, подолання негативних тенденцій. Процесуальний бік конфлікту є ситуацією пошуку виходу, засобів стабілізації стосунків.

Розуміння природи конфліктів сприяє їх класифікація, що має спиратися на соціально-психологічні ознаки. Якщо розглядати конфлікт як протиборство, то треба виділити такі суперечності: суперечності пошуку (конфлікт нового та консервативного), суперечності групових інтересів, суперечності особистих інтересів, суперечності нереалізованих очікувань.

Класифікувати конфлікти можна за такими ознаками: види, тривалість, зміст, ступінь впливу, тип вирішення, форми прояву, психологічні ефекти, наслідки, мотиви та інше.

#### **Класифікація на підставі виділення причини мотиваційних зв'язків**

1. Конфлікти, що є реакцією на перепони щодо досягнення цілей виробничої діяльності (соціально корисні).

2. Конфлікти, що виникають як реакція на перепони в досягненні особистих цілей (реалізація особистого потенціалу, прагнення до професійного зростання, визнання).

3. Конфлікти протидії окремих людей соціальним або корпоративним нормам.

4. Особистісні конфлікти, зумовлені несумісністю індивідуальних психологічних рис.

Один і той самий конфлікт може бути деструктивним в одному плані та конструктивним в іншому, відігравати негативну роль на першому етапі розвитку і позитивну — на іншому. У групових та міжгрупових стосунках конструктивний конфлікт може заважати стагнації організації, бути чинником розвитку, виявлення нових цілей, норм, цінностей. Виявляючи суперечності, що існують між членами групи, та ліквідуючи їх на стадії розв'язання, звільняє групу від деструктивних факторів і сприяє її стабілізації. Зовнішній конфлікт може виконувати інтерактивну функцію, згуртовує колектив перед зовнішньою небезпекою.

#### **Позитивні функції конфліктів**

Давайте розберемо позитивні функції конфлікту на прикладі скарги пацієнта через недоброякісне надання допомоги.

— Регуляторно-розвиваюча — конфлікт спонукає до змін і розвитку, відкриває дорогу інноваціям, здатним удосконалити і стабілізувати взаємини, систему;

— стимулювання активності — конфлікт активізує людей, знімає «синдром покірності» («всі так роблять, і я роблю»);

— стимулювання особистісного росту — конфлікт стимулює розвиток особистості, підвищує почуття відповідальності, усвідомлення своєї значущості, може сприяти самопізнанню і самореалізації;

— підвищується професійна компетентність;

— формуються професійні навички й уміння;

— формується адекватність уявлення про очікування від інших;

— формується реалістичність цілей;

— виробляється «психологічний імунітет» як уміння встановлювати особистісні та професійні межі;

**Таблиця 6.2. Типи соціально-психологічних виробничих конфліктів**

Тип конфлікту	Горизонтальні конфлікти	Вертикальні конфлікти «знизу»	Вертикальні конфлікти «згори»
Перепона в досягненні основних цілей спільної трудової діяльності	Дії однієї людини є перепорою успішної діяльності іншої. Організаційний конфлікт	Керівник не забезпечує можливості для успішного досягнення цілі діяльності підлеглим	Підлеглий не забезпечує керівникові можливості для здійснення основної цілі діяльності
Перепони в досягненні особистих цілей	Дії однієї людини є перепорою для досягнення особистих цілей іншої. Організаційний конфлікт	Керівник не забезпечує підлеглим можливості для досягнення його особистих цілей	Підлеглий створює перепони для досягнення керівником його особистих цілей
Суперечність дії особистості соціальних норм	Конфлікт поведінки й норми в групі	Суперечність між діяльністю керівника, його стилем роботи та очікуванням підлеглих	Суперечність між діяльністю підлеглого як носія певної соціальної ролі та очікуваннями керівника
Особистісні конфлікти	Особистісна несумісність	Лідери та авторитет групи не виправдовують очікування інших її членів	Члени групи не виправдовують очікувань лідерів та авторитетів

- з'являється здатність критично оцінювати і швидко освоювати нові підходи до вирішення професійних проблем;

- формуються професійна самосвідомість, особистісна і професійна рефлексія.

Наступним прикладом може бути конфлікт у колективі, його позитивні функції:

- інформаційно-об'єднуюча — під час конфлікту люди краще пізнають себе та інших людей, конфлікт стимулює рефлексію і розуміння;

- згуртування і структурування — конфлікт сприяє структуруванню соціальних груп, згуртуванню колективів та створенню організацій;

- психотерапевтична і така, що полегшує конфлікт (за умови його відкритого і конструктивного врегулювання), знімає приховане напруження, дискомфорт і хронічні непорозуміння, дає їм вихід;

- підвищується віра в себе і прийняття себе;

- діагностична і пояснююча — часом навіть корисно спровокувати конфлікт, щоб прояснити ситуацію і зрозуміти стан справ; у критичних ситуаціях, що виникають у конфліктах, виявляються достоїнства і недоліки людей, непомітні раніше; створюються умови для розвитку особистості та формування лідерів.

Прояви та деструктивна функція конфлікту дуже різні. На рівні групи конфлікт здатний руйнувати систему комунікації, взаємозв'язків, послаблювати ціннісну орієнтацію та єдність групи, знижувати ефективність функціонування в цілому. Так само деструктивні функції конфлікту виявляють себе й у міжгрупових взаєминах.

### **Негативні (деструктивні) функції конфліктів**

- Становлення стереотипів і руйнівних форм самореалізації особистості шляхом маніпулятивного самоствердження і досягнення бажаного непрямыми шляхами;

- погіршення психологічного клімату в колективах і руйнування міжособистісних взаємин;

- зменшення привабливості праці і, як наслідок, зниження її продуктивності;

- зменшення співробітництва і можливості партнерства між сторонами як під час конфлікту, так і після нього;

- зростання конфронтації, що зтягає людей у боротьбу і примушує їх більше прагнути до перемоги, ніж до вирішення проблем і пошуку альтернативи;

- неадекватність, насамперед, у сприйнятті проблеми та учасників конфлікту;

- виникнення неадекватних психологічних захистів;

— збільшення матеріальних та емоційних витрат на розв'язання конфлікту.

Конфлікти — це складне соціально-психологічне явище, вони дуже різноманітні, і їх можна класифікувати за різними ознаками. Класифікація дозволяє орієнтуватися у їх специфічних проявах, а отже, допомагає оцінити можливі шляхи їх подолання. У табл. 6.3 подані види та загальна характеристика конфліктів.

Принциповим є те, що професійно компетентний лікар не постає ініціатором конфлікту (особливо з пацієнтом), а при залученні до конфлікту використовує конструктивні стратегії його вирішення.

**Таблиця 6.3. Класифікація конфліктів**

<b>Підстава класифікації</b>	<b>Види конфліктів</b>	<b>Загальна характеристика</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Сфери прояву конфлікту	Економічні (фінансові питання винагороди праці)	В основі лежать економічні протиріччя
	Ідеологічні	В основі лежать протиріччя в цінностях та поглядах (наприклад, принцип «не нашкодь»)
	Соціально-побутові (умови праці, устаткування)	В основі лежать протиріччя матеріально-побутової сфери
	Міжособистісні	В основі лежать протиріччя стосунків
Ступінь тривалості і напруженості конфлікту	Бурхливі швидкоплинні	Виникають на підставі індивідуальних психологічних особливостей особистості, що відзначаються агресивністю та крайньою ворожістю конфлікуючих
	Гострі тривалі	Виникають за наявності глибоких протиріч
	Слабовиражені та мляві	Пов'язані з не дуже гострими протиріччями або пасивністю однієї із сторін
	Слабовиражені та швидкоплинні	Пов'язані з поверхневими причинами, мають епізодичний характер
Суб'єкти конфліктної взаємодії	Внутрішньоособистісні	Пов'язані із зіткненням протилежно скерованих мотивів особистості

**Закінчення табл. 6.3**

1	2	3
	Міжособистісні	Суб'єктами конфлікту виступають дві особистості
	Особистість — група	Суб'єкти конфлікту: з одного боку — особистість, а з іншого — група (мікрогрупа)
	Міжгрупові	Суб'єктами конфлікту є малі соціальні групи або мікрогрупи
Соціальні наслідки	Конструктивні	В основі таких конфліктів лежать об'єктивні протиріччя. Сприяють розвитку організації або іншої соціальної системи
	Деструктивні	В основі таких конфліктів зазвичай лежать суб'єктивні причини. Вони створюють соціальну напруженість і призводять до руйнування соціальної системи
Предмет конфлікту	Реалістичні (предметні)	Мають чіткий предмет
	Нереалістичні (безпредметні)	Не мають предмета або мають предмет, що є життєво важливим для одного або обох суб'єктів конфлікту

## 6.2. Управління конфліктами та кризовими ситуаціями

Психологічне втручання в конфлікт тут дуже важливе, оскільки людина повинна зрозуміти і прийняти індивідуальні відмінності у характерах і навчитись поважати тих, хто не подібний до нього самого.

Управління конфліктами як складний процес включає такі види діяльності:

- прогнозування конфліктів і оцінка їх функціональної спрямованості;
- попередження або стимулювання конфлікту;
- регулювання конфлікту;
- розв'язання конфлікту.

Мортон Дойч (засновник «мотиваційної концепції» міжособистісного конфлікту) виокремив способи подолання внутрішньоособистісних конфліктів з огляду на особливості їх «сфер реальності»:

- об'єктивна конфліктна ситуація, що складає основу конфлікту;
- конфліктна поведінка, що становить спосіб взаємодії учасників конфлікту, який виникає при усвідомленні ситуації конфліктною.

Перш ніж приступити до негайного погашення конфлікту, варто проаналізувати деякі його характеристики та атрибути, для того щоб своїми діями не лише не погасити конфлікт, але й не перевести його на вищий рівень та вираженість.

**Отже, атрибути конфлікту:**

- актуалізація потреб, що мають важливе значення для суб'єкта конфлікту;
- висока психічна напруженість суб'єкта;
- некерованість емоціями, стереотипами поведінки, неузгодженість почуттів і думок;
- використання форм активності, що зустрічають протидію з боку іншого суб'єкта;
- перенесення причин труднощів, невдача супротивника;
- формування негативних установок і ставлення до опонента;
- демонстрація ворожості, агресивності та неприйняття опонента;
- нанесення навмисного або ненавмисного фізичного, морального чи матеріального збитку опоненту;
- інтеграція усіх видів акумульованої на опоненті активності — імпульсної, примусової, вольової;
- перенесення конфліктних взаємин і поведінки на інші форми взаємин, зміна одних ролей на інші (особистих — на ділові, неофіційних — на офіційні, й навпаки).

По суті, провокаторами будь-яких конфліктів є незадоволені потреби людини (пацієнта), до яких належать:

- адекватна соціальна оцінка (трудової діяльності й особистих достоїнств);
- любовно-еротична;
- дружнього спілкування;
- самовираження та самоствердження;
- приналежності й ін.

Спроби розв'язати конфліктну ситуацію спрямовані передусім на ліквідацію конфліктної поведінки. Не можна ототожнювати конфлікт зі стадією конфліктної поведінки, це значно складніше явище. Але пе-

рехід до конфліктної поведінки означає нову стадію конфлікту, най-більш відкриту і гостру.

Розв'язання, вирішення — це заключна стадія розвитку конфлікту (табл. 6.4). Вона можлива завдяки перетворенню самої об'єктивної ситуації, а також внаслідок зміни образів ситуації, що виникли в учасників конфлікту. Крім того, в обох цих випадках можливим є подвійне розв'язання конфлікту:

- часткове, коли долається тільки конфліктна поведінка, але залишаються внутрішні прагнення до конфлікту, вони лише стримуються;
- повне, коли конфлікт ліквідується як на рівні фактичної поведінки, так і на внутрішньому рівні.

Повна ліквідація конфлікту шляхом зміни об'єктивної ситуації можлива тоді, коли учасники конфлікту розведені в різні структурні підрозділи організації чи задоволені їхні особистісні потреби.

Часткове розв'язання конфлікту на об'єктивному рівні здійснюється, якщо внаслідок відповідної зміни реальних умов конфліктна ситуація переструктурується так, що учасники не зацікавлені більше в продовженні конфліктних дій, хоча мета залишилася та сама. До цього типу належать адміністративні способи розв'язання конфлікту, що спирається на заборони, санкції, в разі їх порушення.

Значної психологічної компетенції вимагають випадки, коли конфлікт розв'язується шляхом зміни образів, що мають учасники конфлікту. Таке розв'язання конфлікту (повне або часткове) спирається передусім на переструктурування або формування нових цінностей, мотивів, установок.

Серед шляхів розв'язання конфліктів в організаціях виділяють:

- а) попередження конфлікту;
- б) управління конфліктом;
- в) прийняття оптимальних рішень у конфліктних ситуаціях;
- г) розв'язання конфлікту.

Успішне розв'язання конфліктних ситуацій можливе за допомогою розробки тактик, що враховують усі аспекти конфлікту як соціально психологічного явища. З них вибирається та, яка відповідає певній конкретній ситуації. Виділяють такі тактики:

*Розв'язання конфлікту на основі його сутності та змісту.* Насамперед треба реально встановити не тільки безпосередній привід конфліктного зіткнення, але і його причину, що часто не усвідомлюється учасниками конфлікту.

Далі слід визначити зону поширення конфлікту та проблеми, які він зачіпає, виявити реальні мотиви, що зумовили його виникнення.



Розв'язання конфлікту можливе тільки при з'ясуванні реальних причин. Це завдання ускладнюється, якщо його виконує представник однієї з конфліктних сторін.

Ділові в рамках організації чи між організаціями конфлікти частіше мають конструктивний та мобільний характер, вони зникають за умови вирішення проблем, що породжує протилежні позиції. Але особистісні та міжособистісні конфлікти значно стійкіші.

*Розв'язання конфлікту з урахуванням його цілей.* Нерідко протипоставлення цілей зумовлене не їх реальним змістом, а недостатнім розумінням, домінуванням емоційних станів, зниженням пізнавального компонента, різними позиціями, які відстоюють конфліктуючі сторони.

Насправді цілі можуть бути спільними, у такому разі необхідно виявити та усвідомити розбіжності в розумінні цілей. У будь-якому випадку треба відмежувати цілі, пов'язані з міжособистісною взаємодією (особистісні домагання, стилі поведінки), від цілий соціальної взаємодії (вирішення робочих завдань, виконання функціональних обов'язків, визначення стратегії управління організацією). В першому випадку ми ставимося до людини як до особистості, в другому — як до виконавця певних соціальних функцій. А це визначає стратегію розв'язання конфлікту.

*Розв'язання конфлікту з урахуванням його функцій.* Учасників конфлікту треба переконати в тому, що стосунки між ними можна владнати шляхом обміну думками, уточненням позиції тощо.

*Розв'язання конфлікту з урахуванням емоційно-пізнавального стану учасників* полягає в тому, щоб показати негативний вплив емоційного напруження на учасників конфлікту. Знижується рівень критичності мислення, що призводить до необґрунтованих дій, емоційний стан негативно впливає на взаємодію, зумовлює неадекватне взаєморозуміння. Під впливом емоцій конфліктна ситуація сприймається як така, що загрожує позиції людини в групі, а це спонукає до крайніх дій з метою збереження свого статусу. Конфлікт починає поширюватися, він поглинає дедалі більше членів організації, деформує усталені стосунки.

*Розв'язання конфлікту з урахуванням властивостей його учасників.* Конфлікти нерідко виникають унаслідок невмілих дій керівника, неадекватного стилю його діяльності, психологічної некомпетентності. Причинами конфліктних ситуацій можуть бути специфічні риси характеру, особистісні властивості членів групи.

*Розв'язання конфлікту з урахуванням його можливих наслідків.* Знання про можливі варіанти та наслідки завершення конфліктів допомагають вибрати найкращі засоби впливу на конфліктуючі сторони.

*Наслідки конфліктів залежно від їх змісту:*

1. Повна ліквідація конфронтації через взаємне примирення.
2. Зниження конфронтації, коли перший з учасників перемагає, а інший визнає себе переможеним, або коли обидві сторони програють чи задовольняють свої домагання.
3. Послаблення конфлікту взаємними поступками.
4. Перехід конфлікту в змінений або принципово новий конфлікт.
5. Поступове згасання конфлікту.
6. Механічне знищення конфлікту (ліквідація підрозділу організації, звільнення учасників та інше).

*Розв'язання конфлікту з урахуванням етики стосунків конфліктуючих сторін.* Будь-який конфлікт має розв'язуватися відповідно до етичних норм. У виробничих організаціях завжди виникають певні розбіжності, суперечки, конфлікти щодо вирішення виробничих питань, зумовлені розбіжностями в розумінні завдань, методів їх вирішення. Наявність робочих конфліктів є умовою ефективної діяльності організації.

Статусний бік робочого конфлікту стосується умов та принципів відносин керівника і підлеглого, старшого та молодшого за віком, більш або менш компетентного та інше. Конфлікт спирається на обмін думками і пов'язаний з низкою етичних умов. Це взаємне прагнення слухати, адекватно сприймати інформацію.

Важливу роль тут відіграють рефлексія й емпатія. Етика доказів змушує спиратися не тільки на логіку думки, але і на поважне ставлення до опонента. Етика критики спрямовує її не на особистість опонента, а на аналіз справи. Етика згоди має на меті досягнення ефективного результату, підкріплення взаємних симпатій.

### **6.2.1. Прямі методи погашення конфлікту**

Для будь-якої групи конфлікт між двома або кількома її членами є перешкодою для нормального спілкування і спільної праці. Тим, хто сперечається, це здається їх «особистою справою», хоча насправді стосується всіх. Виникає необхідність погашення конфлікту. Бажано досягти бодай «перемир'я» ворогуючих, причому на основі такого компромісу між ними, який би, по-перше, не суперечив загальним етичним нормам, а, по-друге, не принижував людську гідність двох сторін. Місія примирення конфліктуючих зазвичай лежить на старшому (за становищем або за віком) — на викладачеві, керівникові, лідері. Значно поширені такі прямі методи погашення конфлікту:

1. Керівник почергово запрошує до себе ворогуючих і просить кожного викласти суть і причини сутички. При цьому він припиняє

будь-яку спробу однієї людини робити наклеп на іншу і вимагає висловлювати лише факти, а не емоції. «Все погане, що ви хотіли сказати про Ганну Іванівну, треба говорити їй самій, а не поза очі. Я вам пізніше дам таку можливість». Як тільки керівник, незалежно від суджень самих конфліктуючих, приходиться до певного рішення, він викликає обох, просить їх у його присутності висловити все, що вони вважають за потрібне, перериває, коли між ними виникає якась суперечка, і висловлює своє рішення. Воно може бути на користь одного або не на користь жодного з них, в будь-якому випадку керівник повинен поводити себе прямо, по-діловому опиратись на авторитет, етичні традиції і офіційні настанови, що існують у суспільстві. Його рішення повинно служити сигналом: інцидент вичерпаний і повертатися до нього — означає забирати час і енергію в зайнятих людей.

2. Можна пропонувати конфліктуючим висловити свої претензії один до одного при групі, на зборах. Наступні рішення керівник приймає на підставі виступу учасників зборів з даного питання. Якщо конфлікт, незважаючи на вказані заходи, не вщухає, керівник звертається до санкцій щодо конфліктуючих (одного з них або обох): від повторних критичних зауважень (віч-на-віч або при групі) до адміністративних стягнень.

3. Якщо і це не допомагає, керівник шукає шлях, який би міг розвести конфліктуючих (по різних робочих місцях).

Здебільшого під впливом прямих самокритичних і принципових заходів погашення конфлікту учасники конфлікту змінювали чи пом'якшували свої ворожі настрої один до одного, тим самим допомагаючи колективу повернутися до здорової «психологічної атмосфери» спільної діяльності. Проте бувають і зворотні випадки, коли прямий тиск керівника або групи на ворогуючих людей тільки «поглиблює» їх взаємну суперечку. Говорячи словами медика, хвороба не виліковується, а переходить в хронічну форму. Тому більш ефективним буде непрямий метод погашення конфлікту. Найбільш багата прийомами непрямих методів «сімейна» психотерапія і психокорекція: діяльність з налагодження внутрішньосімейних стосунків.

### **6.2.2. Непрямі методи погашення конфлікту**

#### *Принцип «виходу почуттів»*

За спостереженнями одного з видатних сучасних психотерапевтів Карла Роджерса, якщо людині дати без перешкод висловити свої негативні емоції, то поступово вони «самі собою» змінюються позитивними. Дійсно, коли спеціаліст із сімейної психотерапії надає жінці, яка

знаходиться в нього на прийомі, можливість висловити все про свого чоловіка, навіть найбільш різкі, образливі та несправедливі судження, після цього монологу, який може тривати годину і більше, жінка, звичай, передихнувши, говорить: «Взагалі-то він може бути кращим, у нього є непогані якості». Реалізація цього принципу вимагає від психолога професійного терпіння і здатності емоційно підтримувати співбесідника.

*Принцип «емоційного заміщення»*

Людину, яка звертається до вас зі скаргами на свого колегу, треба розглядати як постраждалу. Хоча вам зрозуміло, що насправді постраждалою є не вона, а саме її колега. І чим більше вона неправа, тим активніше вигороджує себе перед особистою совістю як «мучениці» і «жертви». Зі стражданнями треба рахуватись навіть тоді, коли вона неправа. Показавши, що ви рахуетесь з цим, ви полегшуєте душевний стан співрозмовника.

*Принцип «авторитетного третього»*

Примирлива, добра думка одного з противників про іншого може бути передана лише через третю особу, авторитетну для обох. Цю людину потрібно підшукати, проінструктувати і «підіслати» до когось із двох ворогуючих з дуже делікатною місією.

*Принцип «оголення агресії»*

Треба навмисно надати ворогуючим можливість висловити свою неприязнь один до одного. Публічно це потрібно робити лише в замаскованому вигляді: можна «зіштовхнути» конфліктуючих у спортивній боротьбі, диспуті, грі, трудових змаганнях.

*Принцип «примусового вислуховування опонента»*

Треба спонукати конфліктуючих сперечатись в присутності психолога, який потім зупиняє суперечку і дає наступну інструкцію: «Кожен із вас перед тим як відповісти опоненту, повинен точно повторити останню репліку». Звичайно, що вони не в змозі правильно відтворити репліку один одного, оскільки кожен чує в основному себе, а супротивнику приписує тон і слова, яких насправді не було (можна використати магнітофон). Це зменшує взаємну неповагу і сприяє збільшенню самокритики.

*Принцип «обміну позицій»*

Якщо зупинити суперечку, яка відбувається на очах оточуючих, та попросити ворогуючих помінятися місцями. Просто щоб Коля уявив, що він Толя, а Толя щоб уявив, що він Коля, і від імені Колі висловив Толі своє звинувачення, яке спаде на думку («аналогічно Колі»). Цей прийом спонукає конфліктуючих подивитись на суперечку очима

опонента. Описаного прийому інколи буває достатньо, щоб в рамках «сімейної» психотерапії примирити на місяці (і навіть на роки) конфліктуюче подружжя.

Основні правила спілкування за *Дейлом Карнегі*:

- Виявляйте справжній інтерес до людей.
- Посміхайтесь.
- Пам'ятайте, що для людини звук її імені — найсолодший і найважливіший у людській мові.
- Будьте хорошим слухачем. Заохочуйте інших розповідати про себе.
- Ведіть розмову в колі інтересів вашого співрозмовника.
- Дайте людям відчуття їх значимість і робіть це широко.

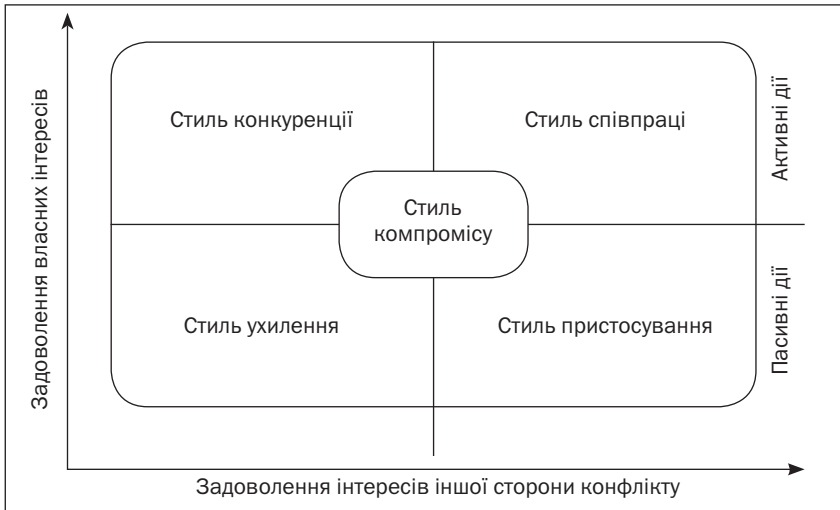
### **6.2.3. Основні стилі поведінки керівника при розв'язанні конфліктів**

Особливо важливо розуміти психологічно природу конфліктів керівникові медичного закладу, бо від нього великою мірою залежить напруженість, тривалість та результативність конфліктних ситуацій. Відомі спеціалісти в галузі управлінської психології Томас і Кілмен виділяють п'ять основних стилів поведінки в конфліктних ситуаціях, що спираються на власний стиль, стиль інших учасників конфлікту, а також на тип самого конфлікту.

Стиль поведінки в кожному конкретному конфлікті визначається ступенем прагнення задовільнити власні інтереси (діючи пасивно чи активно) та інтереси протилежної сторони учасників конфлікту (діючи спільно або індивідуально). Якщо ваша реакція пасивна, то ви прагнете вийти з конфлікту, якщо реакція активна, то ви будете намагатися розв'язати його. Прагнення до спільних дій викликає спробу розв'язати цей конфлікт разом з іншими його учасниками. Прагнення до індивідуальних дій спричинює пошук шляху вирішення проблеми або ухилення від її вирішення. Виділення п'яти стилів поведінки однаковою мірою включають спільні та індивідуальні дії, а також пасивну та активну поведінку (рис. 6.1).

Той, хто використовує *стилі конкуренції*, завжди активний і прагне розв'язувати конфлікти власним способом. Він не зацікавлений у співпраці з іншими, але здатний до вольових рішень, прагне передусім задовольнити власні інтереси за рахунок інших, нав'язуючи своє рішення. Цей шлях ефективний, коли керівник має певну владу. Але це вкрай не ефективний метод розв'язання особистих конфліктів.

Стиль конкуренції викликає інші почуття відчуження. Застосування його в ситуаціях, коли суб'єкт не має влади, може призвести до прикрих помилок. Використання цього стилю має сенс, якщо результат



**Рисунок 6.1. Сітка Томаса – Кілмена**

для вас дуже важливий, якщо маєте певний авторитет і вважаєте свій варіант найкращим, якщо рішення треба прийняти терміново і для цього є достатньо влади, якщо немає іншого шляху і втрачати немає чого, якщо не можете переконати групу, що ситуація кризова, але групу треба вести далі. Цей стиль приведе до визнання, якщо буде досягнутий позитивний результат.

*Стиль ухилення* використовується в ситуаціях, коли позиція нестійка і відсутня співпраця з іншими особами з метою розв’язання проблеми. Цей стиль доцільно застосовувати, якщо проблема не дуже важлива або коли відчувається помилковість власної позиції та правильність позиції іншої сторони конфлікту, коли сили на рівні або коли інший наділений владою. В цих випадках превалює прагнення задовольнити власні чи інші інтереси, характерні відхід від проблеми, покладання відповідальності за її вирішення на інших, прагнення відкласти рішення або використати інші засоби. Стиль ухилення застосовується, якщо відбувається спілкування з психічно складною людиною та якщо немає причин підтримувати з нею контакти, а також за прийняття рішення ситуації, коли не зовсім зрозуміло, що треба конкретно робити, в цьому немає нагальної потреби. Доцільна ця стратегія у разі відсутності достатньої інформації. Хоча дехто вважає цей стиль втечею від проблем і відповідальності, однак така поведінка може бути цілком конструктивною реакцією на конфліктну ситуацію.

*Стиль пристосування* означає, що керівник діє разом з іншою людиною, не намагаючись захищати власні інтереси. Цей стиль застосовується, якщо результати дуже важливі для іншої людини й не дуже суттєві для керівника. Він корисний у ситуаціях, у яких ви не можете здобути перемогу, тому що інші учасники конфлікту мають владу. Ви будете робити те, чого бажає опонент.

Якщо ви вважаєте, що поступаєте в чомусь дуже важливому і відчуваєте у зв'язку з цим незадоволення, то метод пристосування в цьому разі не підходить. Він неприйнятний і тоді, коли ви відчуваєте, що інша людина не збирається поступатися чимось або не оцінить вашого внеску вирішення проблеми.

Стиль пристосування може дещо нагадувати стиль ухилення, якщо використовувати його як засіб відстрочення вирішення проблеми. Але головна відмінність полягає в тому, що ви дієте разом з іншою людиною, робите те, чого вона прагне. Поступаючись, ви можете пом'якшити конфліктну ситуацію і налагодити стосунки.

Завдяки *стилю співпраці* можна брати активну участь у розв'язанні конфлікту й захищати власні інтереси, але прагнути при цьому до співпраці з іншими учасниками конфлікту. Цей стиль вимагає більше внутрішньої роботи порівняно з іншими стратегіями. Спочатку треба виявити прагнення, цілі, інтереси обох сторін, а потім обговорити їх. Якщо у вас є час і рішення має неабияке значення, то це добрий спосіб отримання найбільш ефективного результату й задовольнити інтереси обох сторін.

Цей стиль найоптимальніший, коли обидві сторони мають різні приховані прагнення. У такому разі складно визначити чинник незадоволеності. Спочатку здається, що обидві сторони прагнуть одного й того самого, або, навпаки, мають протилежні цілі, що є безпосереднім чинником конфлікту. Але існує відмінність між зовнішніми проявами та прихованими інтересами та прагненнями, проте є істинними причинами конфліктної ситуації.

З метою успішного використання стилів співпраці треба витратити певний час на пошук внутрішніх, прихованих інтересів, щоб розробити засіб задоволення справжніх прагнень обох сторін. Якщо обидві сторони розуміють, у чому полягає причина конфлікту, то вони мають можливість шукати нові засоби його розв'язання. Такий шлях вимагає певних зусиль. Обидві сторони мають витрати на цей певний час, з'ясувати свої реальні бажання, вислухати один одного і, нарешті, відпрацювати варіанти вирішення проблеми. Стиль співпраці найважчий, але дуже ефективний.

*Стиль компромісу* полягає в частковому задоволенні власних інтересів. Ви частково поступаєтеся іншим учасникам, але і вони роблять те саме. Такі дії можуть нагадувати співпрацю, але задоволення обопільних потреб відбувається на поверхневому рівні. Тут не аналізуються приховані, внутрішні проблеми. Компроміс найбільш ефективний тоді, коли обидві сторони прагнуть одного й того самого, хоча розуміють, що одночасно задовольнити їх неможливо.

Найпоширеніші випадки його застосування: обидві сторони мають однакову владу та протилежні інтереси; треба швидко досягти рішення і немає часу на обговорення; влаштовує тимчасове вирішення; інші шляхи неефективні; компроміс дає змогу зберегти нормальні стосунки. Важливо зрозуміти, що кожний із названих стилів ефективний тільки за певних умов. Треба вміти адекватно використовувати кожен з них і робити свідомий вибір, зважаючи на конкретні обставини. Найкращий підхід визначається в конкретній ситуації.

### **6.3. Конфлікт між пацієнтом і медичним персоналом**

Практика юридичної й судово-медичної оцінки несприятливих результатів надання медичної допомоги свідчить, що в 33–58 % випадків незадоволеності пацієнта медичним обслуговуванням при подальшій експертизі медична допомога оцінюється як належна. У закордонній медичній практиці частка подібних випадків становить від 53 % (Reid W.K., 1995) до 59 % (за даними World Congress on medical law, 1991). Багатьох із цих інцидентів можна було б уникнути, звільнивши персонал лікувального закладу від непродуктивного розв'язання конфлікту в суді, а судово-медичних експертів — від складної комісійної процедури оцінки свідомо належної медичної допомоги. Закордонні медики давно переконалися, що ціна скарги, що виходить за межі клініки, починає неухильно збільшуватися, обростаючи судовими, експертними й іншими витратами. Крім економічних втрат, що виникають при конфліктах у сфері медичного обслуговування, не можна ігнорувати кадрові, моральні витрати, які мають обидві сторони, що в остаточному підсумку призводить до подорожчання й зниження якості медичної допомоги.

Для вивчення ситуацій протистояння в медицині за матеріалами судово-медичних експертиз доцільно використати рекомендації, які існують для аналізу й розв'язання найрізноманітніших конфліктів.



### 6.3.1. Джерела та прояви конфліктів між лікарем, пацієнтом та родичами

У посібниках і монографіях з конфліктології автори вказують, що джерелом конфлікту є «складна ситуація» між суб'єктами. Очевидно, що й процес надання медичної допомоги можна віднести до категорії «складних ситуацій» для хворого, що мають такі ознаки:

- усвідомлення особистої загрози здоров'ю, труднощів, пов'язаних з обмеженням режиму, перешкод у реалізації цілей;
- стан психічного напруження як реакція на труднощі;
- помітні зміни звичних параметрів діяльності і спілкування.

Це дає підстави стверджувати, що оскільки у медицині існують передумови для розвитку складних ситуацій, то, якщо їх не попереджати, вони реалізуються в конфлікти.

За матеріалами справ у разі незадоволеності медичною допомогою мимоволі доводиться звертати увагу на труднощі взаємодії між лікарем і хворим та його родичами, що раніше описані психологами і на які необхідно зважати на всіх етапах оцінки якості медичної допомоги:

- спотворене сприйняття;
- розуміння й оцінка інформації;
- конкуруюча взаємодія аж до конфронтації (рис. 6.2).



**Рисунок 6.2. Варіанти адаптивної та деструктивної взаємодії в трикутнику «лікар — пацієнт — родич пацієнта»**

У конфліктології визначено й фактори, що впливають на перекручування інформації в конфлікті. Серед них для медицини найбільш актуальні:

- стрес;
  - брак інформації про опонента, що зазвичай підмінюється домислами негативного характеру;
  - чим вищий рівень мотивів конфлікту (життя, здоров'я), тим вищий ступінь спотворення інформації;
  - обмеженість світогляду конфліктуючих сторін;
  - стан алкогольного або наркотичного сп'яніння.
- «Складна ситуація» у крайньому прояві реалізується в конфлікт, ознаки якого виражаються в наступному:

- спроби обмеження дій опонента: наростання негативізму хворого зіштовхується з ігноруванням його думки лікарем;
- взаємно посилюється завдання моральних збитків лікарем (брутальна поведінка) пошуками нанесеного збитку з боку пацієнта, що, звичайно, докладно відбивається в позовних заявах і матеріалах допитів медперсоналу з діаметрально протилежних позицій;
- у поведінці сторін превалюють негативні емоції з формуванням «образу ворога»;
- усі ресурси мобілізуються для перемоги над опонентом, а не над недугою.

Тому одним із найважливіших заходів профілактики конфлікту з хворим вказується спілкування в дусі співробітництва, незважаючи на перешкоди цьому. Нерідко в матеріалах експертиз, заявах пацієнтів зустрічаються вирази, що вказують навіть на розвиток внутрішньо-особистісної кризи: «Не знаю, як жити далі», «Не знаю, для чого жити далі».

Аналіз причин і умов розвитку конфлікту між лікарем і пацієнтом переконує, що подібні ситуації повинні отримувати обов'язкову медико-психологічну оцінку.

Участь психолога, який має достатні знання в галузі конфліктології (а бажано — й відповідний досвід), дасть продуктивний результат не тільки для своєчасного вирішення конфлікту всередині лікарні. Необхідною вона стає й при судово-медичній експертизі, особливо в складних випадках, із «хронічним» пред'явленням претензій. При детальному розгляді такі випадки мають типові психологічні ознаки конфлікту. Прикладом продуктивної участі психолога й психіатра в судово-медичній комісії є випадки комісійної оцінки причин незадоволеності пацієнтів результатами косметичних операцій. В одному з

таких висновків судово-медична експертна комісія була змушена викласти прогноз, обумовлений особливостями особистості пацієнтки, що раніше не враховувалося фахівцями-косметологами: «У пані Н. виявився дисгармонійний склад особистості з надцінною фіксацією на недоліках власної зовнішності, що в умовах психотравмуючої для неї ситуації стає більш вираженим. Це призводить до збільшення надцинних установок, що були в неї й раніше. Останнє варто врахувати фахівцям-косметологам, що необґрунтовано перешкоджають прийняттю судом рішення за позовом хворої Н. Така тактика фахівців може вплинути на психічний стан пацієнтки». В іншому висновку комісія експертів була змушена вказати на необхідність знання психологічних особливостей пацієнта лікарем: «Особливе ставлення до зовнішності та його вплив на суб'єктивну оцінку результатів... зобов'язують лікарів забезпечувати дуже строгий підхід до вибору методів лікування... Стосовно Н. це... не було враховано, що дозволяє припустити відсутність у лікаря достатньої кваліфікації й досвіду в лікуванні цього контингенту пацієнтів».

### **6.3.2. Способи вирішення конфліктів між пацієнтом та лікарем**

*Загальні рекомендації щодо проведення зустрічі з пацієнтом та/або його родичами, які вже конфліктують та перебувають в емоційному напруженні:*

— Зустріч повинна відбуватися не в палаті серед інших пацієнтів. Краше запросити його/їх в ординаторську чи кімнату відпочинку.

— На столі в робочому кабінеті лікаря не повинно бути речей, які можуть посилити конфліктну аргументацію пацієнта (залишки їжі, реклама медикаментів, безлад в документації, немедичні предмети: сувеніри, фотографії та ін.

— Лікар повинен своїм зовнішнім виглядом відповідати етико-деонтологічним принципам медичного закладу.

— Важлива субординація, демонстрація поваги.

— Бесіду краше проводити сидячи.

— Спершу дає пацієнтові/родичам пацієнта можливість максимально повно висловитися. Не варто переривати, навіть якщо лікарєві все вже зрозуміло.

— Після висловлювання пацієнта/родичів пацієнта пояснить альтернативну думку з посиланням на факти фізіології та медицини, зокрема на індивідуальні особливості організму.

— Лікарю бажано оперувати даними доказової медицини з посиланнями на клінічні протоколи та настанови.

— Якщо конфлікт не належить до етико-деонтологічних проблем, то аргументація лікаря, зокрема оперування даними параклінічних обстежень, може бути достатньо доказовим фактором.

— Не рекомендується говорити пацієнтові/родичам, що він нічого не розуміє в медицині чи не орієнтується в якихось навколomedичних питаннях. Іноді варто застосувати техніку «Так, але...»: «Мабуть, ви маєте рацію в деяких питаннях, але давайте разом подумаємо, що буде, якщо...»

— Зафіксуйте результати зустрічі в медичній документації.

### ***Практичні рекомендації для лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ)***

Найчастіше причинами до заяви претензій до ЛПЗ є:

— ситуація, коли медичний персонал заочно оцінює стан здоров'я конкретного хворого, неперевірена оцінка через самовпевненість, легковажність або зумисна, щоб ввести хворого і його родичів в оману;

— виникнення непринципових дефектів медичної допомоги в поєднанні з матеріальним заохоченням від хворого, зробленим як офіційно, так і неофіційно;

— необґрунтований оптимістичний прогноз, висловлений хворому стосовно результатів діагностики, медичного втручання або лікування в цілому;

— процес обміну інформацією з хворим і передача інформації родичам хворого в ЛПЗ відповідно до конкретного правового обґрунтування в рамках закону України.

Особливу відповідальність перед хворим і лікарем у випадках смертельного результату несе прозектор. Для забезпечення достовірного, повного й відповідального повідомлення родичів померлої людини треба пам'ятати про зазначені пункти:

— остаточний висновок про причину смерті може бути видано тільки після аналізу повного обсягу інформації про патологію клініко-експертною комісією у встановлені нормативні строки;

— до цього моменту вся повідомлена усно інформація повинна мати підкреслено попередній характер, щоб уникнути передчасних висновків при неповній оцінці результатів;

— посадовий рівень передачі інформації: у випадках, підозрілих на ятрогенію, бажано довести до рівня завідувача відділення;

— забезпечити особливий контроль за оформленням лікарських довідок про смерть: без виправлень діагнозу й розбіжностей з діагнозом, повідомлюваним родичам померлих усно.

Організаційні заходи щодо ефективного розв'язання протиріч між хворим і лікарем:

— оцінювати претензії та конфлікт повинна третя особа (посередник), незалежний від лікаря;

— посередник повинен мати підготовку з медичної психології, повинен знати принципи організації роботи в даному ЛПЗ і мати досвід роботи з конфліктами;

— можливість вирішення складної ситуації повинна бути максимально наближена до її початку, тому доцільна присутність посередника в самому ЛПЗ: чим коротша протидія — менше претензій — менший збиток — легше досягти компромісу;

— опоненти (лікар і хворий) повинні бути пов'язані єдністю спільної мети — боротьбою з хворобою, яку посередник повинен постійно підкреслювати.

## 6.4. Управління конфліктами у медичних закладах

Ознаки соціальної напруженості можуть бути виявлені методом звичайного спостереження.

### 6.4.1. Ознаки конфлікту в медичному закладі

Ознаками назріваючого конфлікту в організації є:

- стихійні мінізібрання (бесіди кількох людей);
- збільшення кількості невиходів на роботу;
- зниження продуктивності праці;
- збільшення числа локальних конфліктів;
- масові звільнення за власним бажанням;
- поширення чуток;
- колективне невиконання вказівок керівництва;
- стихійні мітинги і страйки;
- зростання емоційної напруженості.

Однією з найважливіших особливостей управління організаційними конфліктами у медичних закладах є те, що їх врегулювання і розв'язання ґрунтується на міцній правовій базі (від Конституції України до окремих наказів і розпоряджень керівництва медичного закладу). Одним з основних правових документів, що регламентують взаємини в системі «працівник — роботодавець», є Закон України «Про порядок вирішення колективних трудових суперечок (конфліктів)», а для окремих організацій — колективний договір, у якому зазвичай

обумовлюються можливі варіанти врегулювання трудових суперечок і конфліктів у медичних закладах.

Для врегулювання і розв'язання локальних конфліктів правовою базою можуть служити статут медичного закладу й інші правові акти, що визначають систему прав і обов'язків усіх її членів, а також норми і правила взаємодії між ними.

Набагато легше вирішувати конфлікти, спричинені помилкою лікаря, якщо він реагує на це одразу та зважено, утримуючись від ескалації та переходу на особистості.

***Кроки вирішення конфлікту, спричиненого помилкою лікаря:***

1. Скажіть «дякую».
2. Поясніть, чому ви цінуєте відгук клієнта.
3. Вибачтеся за свою помилку.
4. Пообіцяйте негайно щось зробити для розв'язання проблеми. Візьміть на себе відповідальність.
5. Розпитайте, щоб отримати всю необхідну інформацію.
6. Швидко виправте помилку.
7. Переконайтеся, що клієнт задоволений.
8. Подбайте про те, щоб уникнути схожих помилок у майбутньому.

***6.4.2. Попередження та вирішення конфліктів у медичних закладах***

Безпосередніми суб'єктами, діяльність яких пов'язана з попередженням і вирішенням конфліктів у медичних закладах, є самі керівники. З метою попередження конфліктів у медичних закладах керівнику будь-якого рангу важливо налагодити зворотний зв'язок з усіма ланками управління, а також з усіма об'єктами управління. Це перша необхідна умова запобігання конфліктам у медичних закладах. Другою умовою попередження конфліктів у медичних закладах є постійна корекція стилю, форм, засобів і методів управління з урахуванням конкретних умов. Зокрема, керівник повинен володіти різними формами впливу на підлеглих:

- прямий вплив (наказ, директива, вказівка, завдання і т.п.);
- вплив через мотиви (стимулювання потреб і інтересів з метою бажаної поведінки та діяльності);
- вплив через систему цінностей (виховання, освіта, засоби масової інформації);
- вплив через навколишнє соціальне середовище (зміна умов праці, статусу в організації, зміна системи взаємодії та ін.

Вирішення конфліктів у медичних закладах здебільшого залежить від вищого керівника. Тут часто спрацьовує принцип «той правий, у

кого більше прав». Але при цьому важливо знати, що істотну роль у забезпеченні об'єктивності прийнятих рішень в конфліктах у медичних закладах відіграють демократичні механізми (громадськість, засоби масової інформації й ін.) і правові гарантії (суди, прокуратура й ін.).

Не менш важливою для створення атмосфери конструктивного вирішення конфліктних та кризових ситуацій є корпоративна культура в організації, за впровадження якої також відповідальність несе керівник. Під **корпоративною культурою** розуміють сукупність ідей, поглядів, цінностей, норм та правил, прийнятих у конкретному медичному закладі, яких дотримуються всі співробітники. В основному ці правила встановлюються щодо робочих процесів, міжособистісних стосунків у колективі та взаємодії з пацієнтами, їх родичами. Кожен співробітник ЛМЗ має пам'ятати, що пацієнти та інші відвідувачі оцінюють медичний заклад взагалі, але відчують атмосферу в деталях та дрібничках.

Якщо кожен співробітник медичного закладу дотримується внутрішньої культури поведінки, правил медичної етики, розуміє зону власної відповідальності, тоді прикрі збої у роботі всього колективу зводяться до мінімуму. Важливими компонентами та принципами корпоративної культури є:

— **колегіальність** — спільна робота, взаємопідтримка, спільна відповідальність, співпраця над помилками;

— **субординація** — суворе дотримання ієрархії у виконанні функціональних обов'язків, відповідальність в межах своєї компетентності.

Приклади корпоративної культури у медичному закладі:

— Медичні працівники не мають права розголошувати й обговорювати відомості про хворобу та інтимне життя пацієнта, які вони отримали під час виконання професійних обов'язків.

— Недопустимо у присутності пацієнта обговорювати або критикувати професійний рівень і призначення інших лікарів. Це підриває не лише авторитет лікаря, але й віру хворого в успіх лікування.

— Роз'яснювати пацієнтам або їхнім родичам характер захворювання, інтерпретувати результати лабораторних, інструментальних та рентгенологічних досліджень може лише лікар (лікарська компетенція). Медсестри можуть говорити лише про загальний стан пацієнта.

— Якщо у медсестри виникли сумніви щодо доцільності якогось призначення або вона вважає його шкідливим чи небезпечним для пацієнта, вона зобов'язана не в присутності хворих повідомити про свої сумніви лікарю, який зробив це призначення, і виконати його лише після того, як лікар підтвердить своє рішення. Якщо медична сестра і

після підтвердження лікарем призначення продовжує вагатися щодо його доцільності, вона зобов'язана доповісти про це завідуючому відділенням.

Не є рідкісним у медичному колективі конфлікт між лікарем та середнім або молодшим медичним персоналом. Тож важливо розуміти ключові принципи їх взаємодії.

### **Принципи взаємодії в системі «лікар — медсестра»:**

1. Принцип чіткого розмежування функцій.
  - Обов'язки медсестри чітко регламентовані та суворо визначені, вони не перетинаються з обов'язками лікаря.
2. Принцип чіткого функціонального обмеження.
  - Медсестра виконує коло своїх обов'язків, керуючись призначеннями лікаря.
  - Медсестра відповідає за якість роботи перед лікарем і перед пацієнтом.
3. Принцип партнерства.
  - Сучасна ідеологія лікування має бути побудована на принципах партнерства та взаємодопомоги.
  - Медсестра повинна мати певну самостійність. Вона не повинна самостійно розписувати карту медичних призначень, але повинна самостійно варіювати свою поведінку залежно від ситуації.

### **Комунікація з молодшим медичним персоналом**

- Палатна сестра щодо санітарки є керівником робочої зміни.
- Палатна сестра зобов'язана систематично контролювати виконання молодшим персоналом її розпоряджень.
- Розпорядження повинні бути у ввічливій формі, без проявів роздратування чи зарозумілості або фамільярних стосунків.
- У присутності пацієнтів чи їхніх родичів не слід робити молодшому медперсоналу зауваження.
- Звертатися до санітарки, особливо старшої за віком, треба по імені та по батькові.
- У розмовах про санітарку з хворими або їхніми родичами краще називати її нянею.

### **Правила запобігання міжособистісним конфліктам:**

- виховання внутрішньої культури середнього та молодшого медичного персоналу (колективне та індивідуальне), у тому числі донесенням до свідомості правил корпоративної етики тощо;



**Таблиця 6.4. Сторони конфлікту в медичній сфері та їх наслідки**

Сторони конфлікту	Наслідки
«Медична сестра — пацієнт» (представник пацієнта, від- відувач тощо)	Псування міжособистісних відносин. Погіршення стану здоров'я, смерть пацієнта, що може стати причиною судового розгляду кон- флікту та виплати компенсації. Псування ділової репутація медичного закладу. Розголошення відомостей про конфлікт у ЗМІ. Зменшення кількості пацієнтів та прибутків ме- дичного закладу. Зменшення додаткових матеріальних винаго- род (премій)
«Медична сестра — лікар»	Псування міжособистісних відносин, зниження рівня довіри. Псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту). Ймовірність додаткових перевірок якості ви- конання професійних обов'язків з боку керів- ництва
«Медична сестра-керівник — медична сестра-підлегла»	Псування міжособистісних відносин, зниження рівня довіри. Псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту). Ймовірне зменшення додаткових матеріальних винагород (у разі обов'язкового попереднього подання відповідних доповідних записок медич- ною сестрою-керівником). Ймовірність додаткових перевірок якості ви- конання професійних обов'язків з боку керів- ництва. Створення неприйнятних робочих умов та ймо- вірність кадрових змін
«Медична сестра — медична сестра або молодший медич- ний персонал»	Псування міжособистісних відносин, зниження рівня довіри. Псування ділової репутації медичного закладу (у разі публічності конфлікту)
«Медична сестра-керівник — лікар-керівник»	Псування міжособистісних відносин, зниження рівня довіри. Погіршення роботи медичного закладу взагалі або його окремих структурних підрозділів. Некоординованість дії старшого та середнього і молодшого медичного персоналу. Зниження якості медичної допомоги/медичних послуг. Створення неприйнятних робочих умов та ймо- вірність кадрових змін

- побудова взаємовідносин із дотриманням субординації та взаємоповаги;
- створення сприятливого робочого мікроклімату;
- ввічливе ставлення до всіх співробітників;
- накладання заохочення перед колективом, а накладання стягнень чи винесення доган в індивідуальному порядку;
- об'єктивний розгляд скарг і претензій, проведення внутрішнього розслідування;
- залучення психолога в разі неможливості вирішити міжособистісний конфлікт самотужки;
- корпоративні заходи.

Взаємовідносини між співробітниками медичного закладу мають бути рівними, із дотриманням взаємоповаги та субординації. Принципи ефектної команди (медичного колективу) формуються на основі *soft skills*, а не на основі професійних (*hard skills*), а саме на особистих і соціальних навичках комунікації. Співробітники повинні вміти давати й приймати зворотній зв'язок незалежно від посади (лікар, медсестра, санітарка).

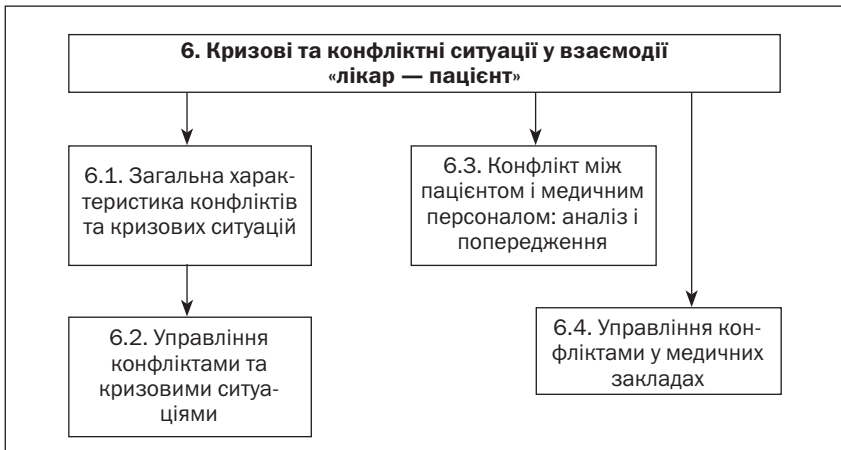


Рисунок 6.3

## Запитання для контролю та самоконтролю

1. Загальне уявлення про поняття «конфлікт», передумови виникнення та наслідки конфліктних ситуацій.
2. Функції конфліктів, їх позитивні та негативні наслідки для розвитку особистості в цілому.
3. Класифікація конфліктів відповідно до підстави, їх види та загальна характеристика.

4. Конфлікт між пацієнтом і медичним персоналом: аналіз і попередження. Поняття «складної ситуації» та її вплив на процес надання медичної допомоги.
5. Управління конфліктами у медичних закладах, їх попередження та вирішення.
6. Особливості повідомлення діагнозу (у тому числі «несприятливі новини») пацієнту, можливі зміни в особистості пацієнта після отриманої інформації. Варіанти взаємодії між лікарем, пацієнтом та родичами.
7. Шестиетапний протокол для ефективного надання інформації (SPIKES).

### Ситуаційні завдання

1. Пацієнт скаржиться лікарю-консультанту, який не є його лікуючим лікарем, на свого лікаря, називаючи його невігласом та недоуком. Емоції пацієнта виявляються явно завищено та надмірно. Якими повинні бути дії лікаря?
2. Пацієнт тривало очікує в черзі на прийом до лікаря. Час за записом вже понад годину як минув. Нарешті пацієнт, який проявляє ознаки нетерпіння та роздратування, потрапляє в кабінет лікаря. Він одразу починає голосно висловлювати все, що він думає з приводу такого ставлення до нього і взагалі всього медичного закладу. Якими повинні бути дії лікаря?
3. Пацієнт, полишивши медичний заклад, починає викладати в мережу Інтернет нотатки, в яких украй негативно характеризує медичний заклад і конкретних лікарів цього закладу. Ці публікації починають постити інші люди, а також цитувати пацієнти, які поступають у медичний заклад («Будь ласка, не призначайте мені лікаря...», «А це правда, що у вас...»).
4. Пацієнт ввечері в розмові з медичною сестрою висловлює своє незадоволення лікуванням. Медсестра на ранковій оперативній нараді повідомляє про цю розмову. Якими повинні бути дії завідувача відділення та лікуючого лікаря?
5. Пацієнт абсолютно слушно критикує прояви характеру свого лікуючого лікаря, хоча і погоджується, що лікар — хороший фахівець і допоміг йому. Якими повинні бути дії керівника медичного закладу та самого лікаря?
6. Пацієнт просить дати адресу органів управління охороною здоров'я, щоб написати скаргу. Дії лікаря?

### Рекомендована література

*1. Медична психологія: в 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.*

2. *Медицина психологія: в 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія* [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, Н.О. Марута та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
3. Коваль І.А. *Конфлікти в процесі лікувальної діяльності*. Львів: ТЕКА, 2003. 156 с.
4. *Основи загальної та медичної психології*. За ред. Вітенко І.С., Чабана О.С. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 435 с.
5. Коваль І.А., Максименко С.Д., Папуча М.В., Максименко К.С. *Медицина психологія*. Вінниця: Нова Книга, 2010. 516 с.
6. Анцупов А.Я., Малишев А.А. *Введення в конфліктологію*. Ужгород: МАУП, 1995. 101 с.
7. Бандурка А.М., Друзь В.А. *Конфліктологія*. Харків: Ун-т ВД України, 1997. 335 с.
8. Reid W.K. *The role of the Health Service ombudsman*. *Health Bulletin*. 1995. Vol. 53, № 6. P. 349-352.
9. *World Congress on Medical Law, 9<sup>th</sup>. Gent (Belgium), 1991. Vol. 1. 958 p.* ■

# Розділ 7.

## Особливості комунікативних навичок в окремих напрямках медицини

**Ключові поняття теми:** комплаєнс, пацієнт-центрована допомога, спільне прийняття рішень, багатопрофільна лікарня, особливо уразливі категорії пацієнтів.

Ефективність медичної допомоги великою мірою визначається якістю контакту між лікарем і пацієнтом. Опанування комунікативними навичками та знання дієвих засобів медичного спілкування дозволяють лікареві будь-якої спеціальності ефективніше вирішувати складні завдання, що виникають в лікувально-діагностичному процесі. В цьому розділі будуть подані психологічні особливості пацієнтів та рекомендації доказової медицини щодо комунікації між лікарем і пацієнтом у клініці внутрішньої медицини, загальної хірургії, акушерства-гінекології, педіатрії, онкології, стоматології, з ВІЛ-інфікованими особами та пацієнтами похилого віку, оскільки налагодження контакту з такими хворими не лише є досить складним завданням, потребує значної уваги та комунікативної компетентності лікарів, але й містить значні відмінності.

### 7.1. Особливості комунікації в багатопрофільній лікарні

*Коваль І.А., Трачук Л.Є., Мухаровська І.Р.*

Комунікативна компетентність лікаря дозволяє встановити довірливі взаємини з пацієнтом, підвищити прихильність до терапії, а також покращити прогноз захворювання. В клініці онкології, в лікувальній взаємодії з ВІЛ-інфікованими особами на перший план стають пацієнт-центрований спосіб спілкування, здатність лікаря до емпатії, підтримка пацієнта на всіх етапах лікування та надання йому інформації в тому об'ємі, на який він очікує. Щодо клініки акушерства та

гінекології, то надважливими завданнями лікаря є забезпечення максимального комфорту пацієнтки та профілактика психологічної травмизації. У хірургії пацієнти часто стикаються з передопераційною тривогою, що потребує уваги лікаря та володіння навичками комунікації для забезпечення довірливих взаємин із хворим. Комунікація в клініці педіатрії має свої особливості через включеність у неї ще одного суб'єкта, окрім пацієнта та лікаря, — батьків дитини, що обумовлює необхідність налагодження ефективної взаємодії з кожним учасником комунікативного процесу для створення терапевтичного альянсу.

Кожна вікова категорія дітей відрізняється за вимогами до встановлення контакту з ними, на що варто зважати при проведенні лікування. У внутрішній медицині найчастіше лікарі мають справу з хронічними захворюваннями, що потребує моніторингу та покращення дотримання хворими медичних рекомендацій.

Отже, з урахуванням вищезазначеного, вивчення особливостей комунікативних навичок в різних напрямках медицини є надзвичайно актуальним та важливим завданням для майбутнього лікаря.

### ***7.1.1. Професійне спілкування в клініці внутрішньої медицини***

На сьогодні особливої актуальності набуває проблема хронічної неінфекційної патології, оскільки у світі існує негативна тенденція до її збільшення через значне психоемоційне перенавантаження, що призводить до розвитку дистресу, а також поширення чинників ризику, пов'язаних із способом життя: тютюнопаління, гіподинамія, зловживання алкоголем, нездорове харчування.

На фоні різкої зміни звичного способу життя, відсутності достовірної, повної інформації про хворобу є висока вірогідність створення неадекватної внутрішньої картини хвороби, а страх перед захворюванням, за своє майбутнє трансформується в захисні психологічні реакції, які не сприяють одужанню і знижують рівень якості життя.

Розвиток медичної науки і прогрес в галузі фармакології призвели до того, що в руках співробітників системи охорони здоров'я з'явилися інструменти, здатні значно подовжити тривалість життя пацієнтів, поліпшити якість життя або вилікувати захворювання. Однак понад половину пацієнтів із хронічними захворюваннями не приймають призначених препаратів. Саме тому актуальною темою в галузі клінічної медицини та психології є проблема комплаєнсу, яка значною мірою залежить від якості комунікації між лікарем і пацієнтом.

*Комплаєнс* — це ступінь відповідності поведінки пацієнта призначеним медичним рекомендаціям. Під поведінкою пацієнта розуміється

прийом медикаментів, дієта та виконання певних призначених змін способу життя.

Крім поняття комплаєнсу в медичній літературі існує ще декілька термінів, які характеризують те, яким чином пацієнт виконує рекомендації лікаря.

Під терміном «*сприйняття*» або «*прихильність*» (*adherence*) розуміють те, як пацієнт сприймає призначені рекомендації і виконує їх. Тобто цей термін наголошує на необхідності існування згоди між пацієнтом і лікарем та підкреслює необхідність взаєморозуміння. Водночас більшість джерел літератури трактують поняття *compliance* та *adherence* як синоніми.

У цьому аспекті також використовується таке поняття, як «згода» або «узгодженість» (*concordance*). Його застосування наголошує саме на процесі консультування, коли лікар і пацієнт приходять до згоди з урахуванням точки зору один одного. Цей процес починається з призначення рекомендацій і продовжується протягом усього періоду терапії. В такому разі пацієнт бере активну участь у власному лікуванні, повністю поінформований про власне захворювання, ризики і переваги терапії та є повноцінним учасником терапевтичного альянсу.

Рекомендації щодо покращення комунікації між лікарем і пацієнтом у клініці внутрішньої медицини:

— *Навчання пацієнтів*: включає інформування про захворювання, роз'яснення його природи, попередження про можливість розвитку ускладнень і необхідність тривалої терапії, надання хворому письмових рекомендацій, забезпечення просвітницькою літературою.

— *Залучення родини пацієнта до процесу терапії*: по можливості член сім'ї або опікун повинні бути залученими до навчальних сесій, аби допомогти пацієнтові слідувати інструкціям і залишатися комплаєнтним з плином часу. Соціальні або групи підтримки можуть також допомогти підвищити довіру пацієнта і почуття власної ефективності.

— *Перехід від авторитарної моделі поведінки лікаря з хворим до співробітництва* з ним під час обговорення стратегії і тактики лікування. Додаткові перспективи відкриває індивідуалізація лікування за участю самого хворого, а також підвищення частоти медичних оглядів.

— *Активне виявлення лікарем небажаних явищ, побічних ефектів* під час медикаментозної терапії і надання чітких письмових інструкцій для хворого (або осіб, які доглядають за ним). Неодмінною умовою ефективної співпраці лікаря та пацієнта вважається розвинена у лікаря здатність до емпатії.

— Лікареві необхідно правильно *оцінювати кінцеві цілі терапії* і бути наполегливим у їх досягненні. Заохочувати до дотримання довгострокових терапевтичних призначень; лікар і пацієнт можуть домовитися про «контракт», що включає низку узгоджених та реалістичних цілей щодо здоров'я.

— Сприяння *підвищенню самоефективності пацієнта*. Заохочення пацієнта взяти на себе активну роль у своєму лікуванні. Загалом більш впевнені в собі люди усвідомлюють свою здатність управляти проблемою і більш імовірно, що вони діятимуть для вирішення цієї проблеми.

— *Уникнення тактики залякування*. Лякаючи пацієнтів або надаючи їм страшні попередження про наслідки захворювання, лікар може насправді погіршити прихильність. Конструктивний підхід полягає в допомозі пацієнтові зосередитись на інтеграції препарату з урахуванням його повсякденного життя.

— *Допомога пацієнтові в розробці переліку короткострокових і довгострокових цілей*. Ці цілі повинні бути реалістичними, досяжними та індивідуалізованими. Лікар також може зробити «договірні» угоди з пацієнтом, щоб сприяти розвитку конструктивної поведінки, такої як збільшення фізичної активності або припинення паління.

### **7.1.2. Особливості комунікації у відділеннях загальної хірургії**

На відміну від терапевтичної патології, при якій патогенним для психічної діяльності стає стан тривалого хронічного захворювання, і зміна системи взаємин особистості відбувається поступово, в рамках хірургічної патології відзначається вплив «операційного» стресу (передопераційного і післяопераційного).

Основними проявами *операційного стресу* є емоційні феномени, найчастіше — тривога. Необхідність проведення оперативного втручання зазвичай застигає пацієнта зненацька, на відміну від ситуації хронічної соматичної патології, до якої він поступово адаптується. І якщо необхідність виконання тих чи інших терапевтичних заходів людина може спрогнозувати, то припустити можливість і необхідність операції пацієнт здатний в значно меншому ступені.

Важливо розрізняти ситуаційну та особистісну тривожність для вибору правильної тактики взаємодії лікаря з пацієнтом (рис. 7.1).

*Передопераційна тривога* є типовою психологічною реакцією на повідомлення про необхідність проведення хірургічної операції. Вона виражається в постійному неспокої, неспосидючості, неможливості зосередитися, порушенні сну. Тривога проєктується в майбутнє, відбиваючи очікування від якості операції, майбутнього стану, задоволеності

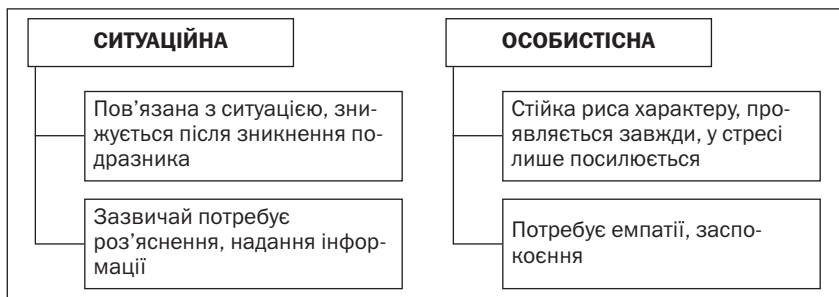


тим, що погодився на операцію. Тривога може виражатися в емоційних, поведінкових, вербальних та соматичних проявах (рис. 7.2).

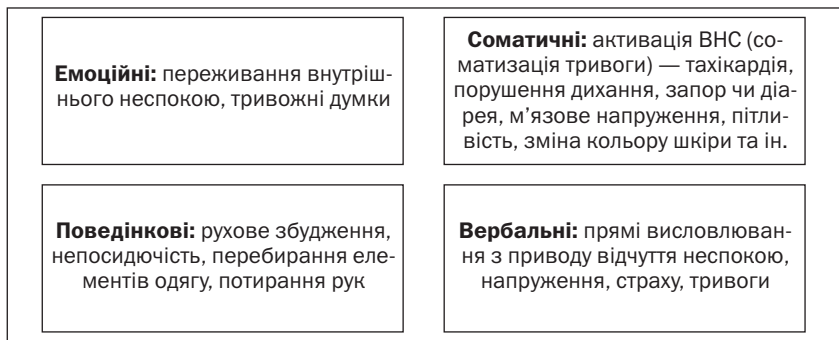
Виділяють низький, середній та високий рівні передопераційної тривоги, що можуть спричиняти різноманітні чинники (рис. 7.3).

Низький і високий рівні тривоги у хірургічний пацієнтів можуть бути як викликані відносно об'єктивними факторами, так і спричинені суб'єктивною інтерпретацією стресогенної ситуації (табл. 7.1).

У літературі виокремлюють два основні типи з численних проявів страху перед операцією: при першому — всі симптоми досить різко виявляються в поведінці хворого, а також наполегливо ним озвучуються (таких хворих легко заспокоїти, налагодивши з ними достатній контакт або застосувавши відповідні психологічні прийоми); при другому — страхи виявляються у вигляді тяжких вегетативних ускладнень (криз, колапс, шок або неочікувані психопатологічні маніфестації), які унеможливають проведення оперативного втручання або значно його утруднюють (рис. 7.4).

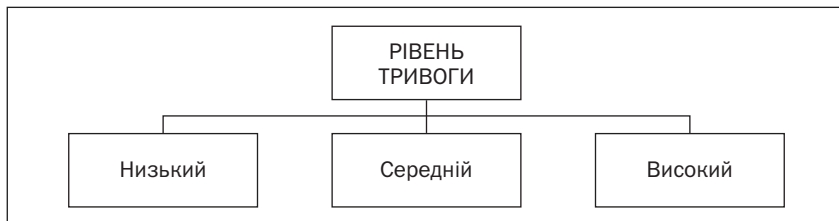


**Рисунок 7.1. Ситуаційна та особистісна тривожність**



**Рисунок 7.2. Форми прояву тривоги**

Окрім того, страх хворого істотно посилюється новим середовищем, в яке він потрапив у лікарні: відірваність від родини, лікарняний режим, велика кількість незнайомих людей, сусіди по палаті, неприємні, болючі або принизливі медичні та гігієнічні маніпуляції тощо. В умовах українських стаціонарів також наявне додаткове джерело пе-



**Рисунок 7.3. Клініко-психологічний феномен передопераційної тривоги**

**Таблиця 7.1. Нормативні та патологічні варіанти різної вираженості передопераційної тривоги**

Нормативний варіант	Патологічний варіант
<b>Низький рівень передопераційної тривоги</b>	
<p>Нескладне втручання з мінімальними ризиками. Знайоме пацієнту втручання, яке вже відбувалося. Позитивний досвід. Висока стресостійкість, психічна стабільність. Довіра до лікувальної команди, висока репутація медичного закладу</p>	<p>Заперечення ризиків операції та задіявання психологічних механізмів захисту (витіснення, заперечення, раціоналізація). Когнітивні розлади, що ускладнюють сприйняття та оцінку ситуації</p>
<b>Середній рівень передопераційної тривоги</b>	
<p>Усвідомлення ризиків операції та підготовка для усунення небажаних наслідків, вирішення проблем (робота, сім'я). Стабільне психічне функціонування</p>	<p>Поряд із середнім рівнем тривоги наявні інші прояви, наприклад, ірраціональні уявлення про хворобу та її лікування</p>
<b>Високий рівень передопераційної тривоги</b>	
<p>Операція з високими ризиками, зокрема щодо летальності. Інвалідизуюче втручання. Негативний досвід (особистий, у оточенні). Недовіра до лікувальної команди, погана репутація медичного закладу</p>	<p>Особистісні особливості, часто тривожна особистість. Розлади тривожного спектра</p>

редопераційних страхів пацієнтів: через необхідність перебування у спільних палатах не лише людей з різними звичками, темпераментом і особистісними особливостями (що є провокатором афективних реакцій), а й перед- та післяопераційних хворих, коли останні, часто підсвідомо намагаючись відреагувати на власний страх, пережитий перед оперативним втручанням, розповідають (переважно власні уявні страхи та жахіття) у вигляді моторошних «історій хвороби» пацієнтам, які очікують оперативного втручання.

*Післяопераційна тривога*, яка клінічно може бути ідентичною передопераційній, пов'язана з перенесеним операційним стресом, із порівнянням очікувань та реальності. Післяопераційний стан (як психічний, так і загальний) багато в чому залежить від психологічного радикалу в передопераційному періоді. Особи з помірно вираженою тривогою, які тверезо оцінюють мету оперативного втручання, вірогідність досягнення успіху і позбавлення від тих чи інших симптомів хвороби, можливість появи післяопераційних ускладнень, психологічно більш адекватно реагують на власний стан. Високий або низький рівень тривожності, заснований або на завищених, або на занижених очікуваннях, сприяє формуванню дезадаптаційних психічних станів.

*Очікування післяопераційного статусу*. Важливо пам'ятати, що для пацієнта оперативне втручання може подовжити життя, але знизити його якість — інвалідизуючі втручання (ампутація кінцівок, виведення стоми, обширні рубці на видимих частинах тіла). Відповідно інвалідизуючі операції знижують автономію пацієнта, здатність до самообслуговування, роблять залежним від оточення та медичних закладів. Саме

НАРКОЗ	ОПЕРАЦІЯ	ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД
Негативний вплив наркозу на психіку Наркоз не подіє, пацієнт у процесі прокинеться «Неадекватна» поведінка пацієнта під час наркозу Стан психічної астенизації після операції	Страх смерті Медпрацівники забудуть інструменти, серветки «Заберуть» органи Пацієнт буде знерухомлений, але не знеболений Втрата контролю за тілом, беззахисність (інші можуть робити що хочуть)	Біль Залежність від оточення (в реанімаційному відділенні) Інвалідизація Втрата автономії та здатності до самообслуговування

**Рисунок 7.4. Страхи пацієнтів, яким призначено оперативне втручання**

тому рішення про такого роду втручання мають прийматися на основі обговорення з пацієнтом усіх аспектів того чи іншого вибору — врахування потреб пацієнта, розділення відповідальності.

**Практичні аспекти передопераційної тривоги.** Високий рівень тривоги внаслідок активізації ВНС і, відповідно, розвитку патофізіологічних реакцій (підвищення АТ, серцебиття, «стресові виразки») підвищує ризик проведення оперативного втручання і може спричинити ускладнення під час операції.

Премедикація перед оперативним втручанням включає, зокрема, застосування лікарських засобів, які знижують тривожні прояви та активність ВНС (анксиолітичний та вегетостабілізуючий ефект) та частково мають амнезуючий психотравмуючі переживання ефект. Отже, високий рівень тривоги перед операцією має бути знижений за допомогою психофармакологічних чи психологічних методів для безпечно-го проведення оперативного втручання.

Передопераційна тривога та депресія можуть призводити до збільшення інтраопераційного споживання анестетиків та післяопераційного — анальгетиків, а також впливають на імунну систему й розвиток інфекцій. Для профілактики передопераційної тривожності необхідно визначити пов'язані з цим фактори. Це допоможе в післяопераційному відновленні пацієнта.

Фактори, що допомагають зменшити передопераційну тривожність:

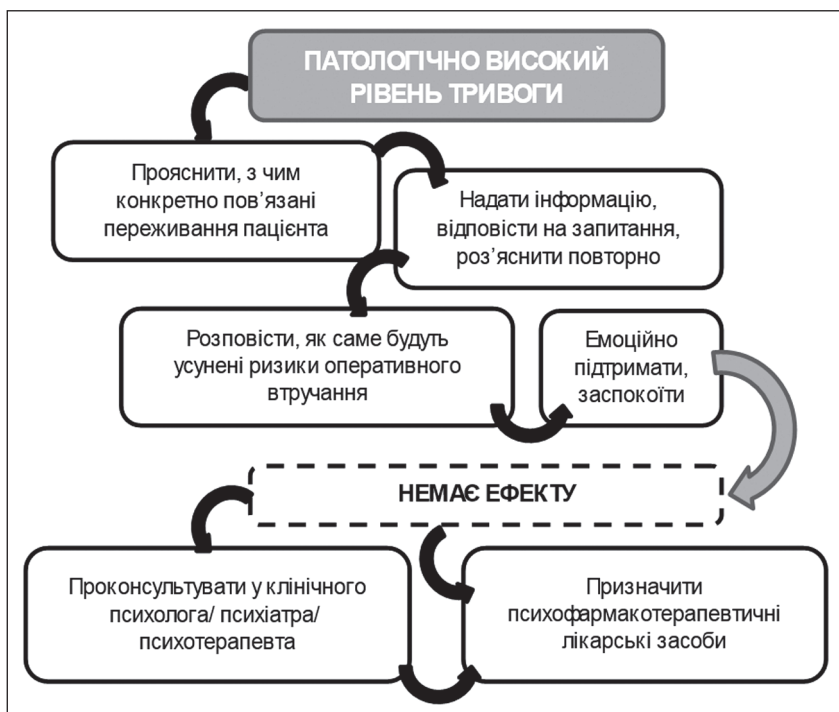
- попередня поінформованість пацієнта про хірургічну процедуру;
- задоволеність пацієнта об'ємом наданої лікарем інформації;
- вичерпні відповіді у доступній формі лікаря на запитання пацієнта щодо медичного втручання;
- довіра між лікарем і пацієнтом.

Особливості роботи в клініці хірургії полягають не лише у необхідності наявності значного практичного досвіду, специфічних навичок і знань, а й у швидкому (часто екстремому) наданні хірургічної допомоги, терміновість якого не дає повною мірою провести психологічну підготовку пацієнта. Інша особливість полягає у значній відмінності активності лікаря-хірурга та пацієнта хірургічного відділення, коли перший протягом усього робочого дня перебуває в постійному русі, значному фізичному, емоційному та інтелектуальному напруженні, а другий — внаслідок хвороби — лише зрідка здійснює мінімальні м'язові зусилля, більшість часу проводить у стані спокою.

Це явище часто не лише дратує пацієнтів, а й певним чином налаштовує їх вороже щодо хірургів, порівняно з активністю яких хворі

хірургічного стаціонару практично непорушні та бездіяльні, а відтак — безпорадні. Та чи не найважливішим у встановленні довірчих стосунків між хірургом і пацієнтом є складений стереотип хірурга як всемогутнього рятівника. Лише хірурги, на думку пацієнтів, спроможні надати допомогу чи врятувати життя людини у найважчих випадках. Саме це формує особливості ставлення пацієнтів до хірургів, що, з одного боку, формується за майже повної відсутності попереднього спілкування і контакту, а з іншого — полягає у необхідності сліпо довірити власне життя людині, про яку ти майже нічого не знаєш, і довіряти якій підстав не маєш.

Внаслідок цього в хірургічних хворих у передопераційному періоді можуть спостерігатися різні варіанти ставлення до оперативного втручання. На думку Н.В. Виноградова, пацієнтів можна умовно поділити на дві групи: схильні до гіпернозогнозії та до гіпонозогнозії. Перші — перебільшують операційний ризик, що виявляється у тривожності, страху смерті, надмірній фіксації уваги на соматичних відчуттях, по-



**Рисунок 7.5.** Тактика лікаря при патологічно високому рівні тривоги

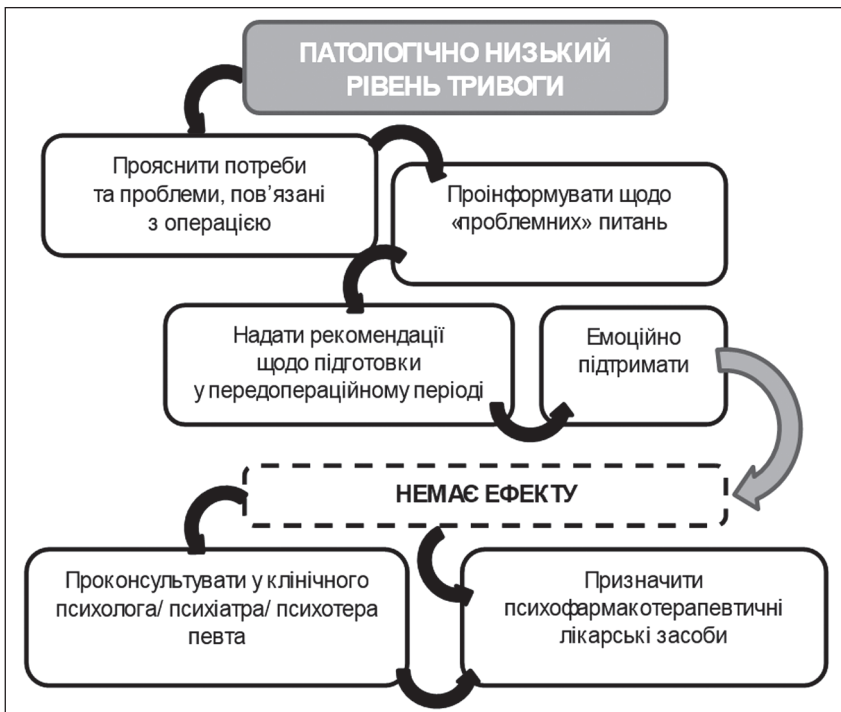
чутті приреченості та пасивному очікуванні несприятливого результату оперативного втручання або смерті.

Другі, зважаючи на недовіру до хірурга, його практичних умінь, знань та навичок і невіру у позитивний результат оперативного втручання, намагаються уникнути його проведення і, навіть, приховують свої симптоми.

Окрім того, не слід забувати про те, що оперативне втручання порушує уявлення людини про свою «схему тіла», незалежно від успішності проведеного хірургічного лікування може викликати повну або часткову втрату працездатності, змінювати звичний для людини спосіб життя та діяльності.

Відповідно тип реагування на захворювання та рівень тривоги мають бути враховані лікарем при виборі тактики взаємодії з пацієнтом (рис. 7.5 та 7.6).

Дуже важливою є також стратегія вибору пацієнтом способу лікування. На думку В.Д. Менделевича, одні пацієнти погоджуються на



**Рисунок 7.6.** Тактика лікаря при патологічно низькому рівні тривоги

оперативне втручання лише після того, як бажаного результату не дадуть інші паліативні засоби, тобто дотримуються стратегії «уникання невдач», інші домагаються найшвидкого проведення оперативного втручання чи сповідують стратегію «прагнення до успіху».

На сьогодні пацієнти мають легкий доступ до інформації щодо різних аспектів їх захворювань та методів лікування, отримуючи вичерпну інформацію в Інтернеті. Це дозволяє пацієнтам ставити запитання та обговорювати з хірургом способи лікування.

Якісна комунікація між хірургом і пацієнтом залишається невід'ємною складовою для досягнення кінцевої мети лікування та включає участь хворого в обговоренні всіх важливих для нього питань перед проведенням оперативного втручання.

Емпатія є одним із найважливіших аспектів комунікації та надання допомоги, зменшує відчуття небезпеки, ізоляції та депресивного стану. Добрі стосунки між хворим і лікарем полегшують розуміння медичної інформації та дозволяють краще визначати потреби та очікування пацієнта.

### **7.1.3. Особливості комунікації в акушерстві та гінекології**

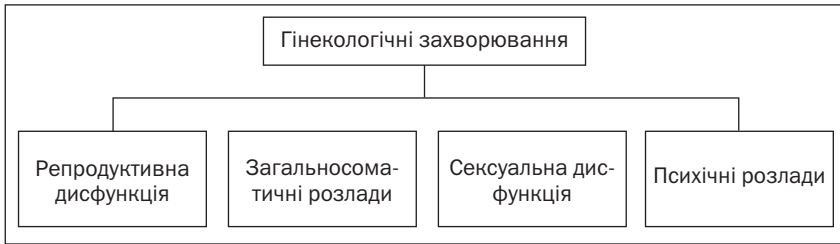
*Трачук Л.Є., Мухаровська І.Р.*

Ефективне спілкування між пацієнтками та лікарями має особливе значення в акушерстві та гінекології, з урахуванням чутливого та інтимного характеру загальноприйнятих клінічних проблем. Хоча деякі жінки почувають себе комфортно, відповідаючи на запитання про менструальний цикл, контрацепцію, сексуальні розлади, інші можуть вважати, що обговорення цих тем є недоречним чи незручним. Тому акушер-гінеколог повинен облаштувати комфортне середовище та застосувати спеціальні методи інтерв'ю для полегшення комунікації із пацієнтками.

У гінекологічній практиці порушення репродуктивного здоров'я відображаються у таких сферах (рис. 7.7):

- 1) репродуктивній — проблеми у народженні дітей;
- 2) загальносоматичній — дисфункціональні стани в організмі на фоні гормональних порушень;
- 3) сексуальній — сексуальна дисфункція чи розлади;
- 4) психічній — особистісна, подружня та сімейна дезадаптація через зміну міжособистісних відносин.

Психологічна реакція на гінекологічне захворювання формується на основі поєднання дії соматогенних та психогенних чинників.



**Рисунок 7.7. Вплив гінекологічної патології на сфери життя**

Чинники соматогенного походження включають:

- гормональні зрушення;
- дискомфортні сенсорні прояви (біль, свербіння, дискомфорт, відчуття напруження, розтягнення, інше);
- видимі симптоми хвороби (кровотечі, набряк, зміна кольору шкірних покривів, інше);
- порушення функції.

Психогенні чинники при гінекологічних захворюваннях стосуються:

- страху втратити репродуктивну функцію;
- впливу на самосприйняття та самовідношення, сприйняття жіночої ролі та жіночності;
- порушення стосунків з партнером;
- реакція оточення на захворювання пацієнтки чи проведені процедури.

Основні психологічні проблеми, пов'язані з гінекологічними захворюваннями, подані на рис. 7.8.

Особистісна, подружня та сімейна дезадаптація жінок з гінекологічними захворюваннями включає різні психопатогенетичні ланки (рис. 7.9).

Гінекологічні захворювання, й особливо порушення репродуктивної функції жінки, на психологічному рівні тісно пов'язані із сприйняттям жіночності, привабливості, материнства, соціорольовими очікуваннями щодо реалізації біологічної ролі.

Алгоритм оцінки психологічного статусу пацієнтки у гінекологічній практиці включає:

1) психоемоційний стан:

- характер, вираженість та тривалість психопатологічних проявів (зниження настрою, емоційна лабільність, ейфоричність, імпульсивність, тривожність, страхи);
- сприйняття пацієнткою свого емоційного стану як зміненого під впливом соматогенних чи психогенних чинників;



— наскільки можна вплинути на психоемоційний стан пацієнтки в розмові з лікарем через інформування, заспокоєння, підтримку;

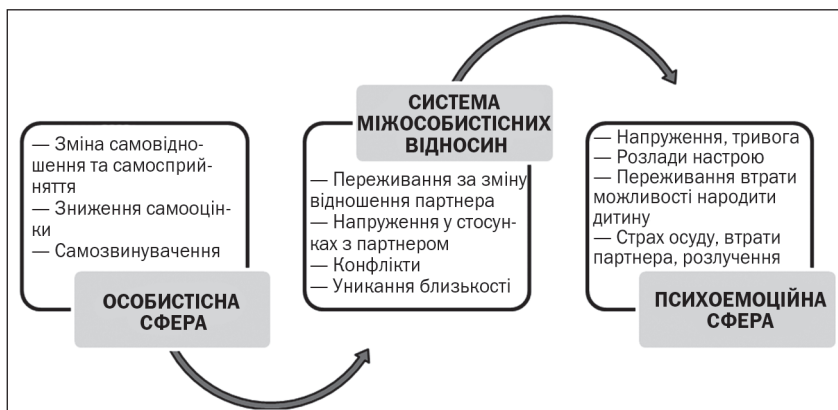
2) особистісні та поведінкові особливості:

— вираженість та спектр стрес-долаючої поведінки (уникання обстежень чи часті звернення за медичною допомогою, дотримання призначень, пошук допомоги чи дистанціювання, інше);

— самосприйняття, самооцінка, рівень персональної відповідальності за ситуацію;

Психоемоційний дистрес	Напруження у стосунках з партнером, подрузям	Страх втрати партнера	Страх негативних наслідків після переривання вагітності
Порушення самосприйняття	Порушення самовідношення	Зниження самооцінки	Відчуття меншої жіночності
Відчуття непривабливості	Втрата сексуального потягу	Соціорольові порушення	Зниження якості життя
	Зниження соціального статусу	Розлади гендерної ідентифікації	

**Рисунок 7.8. Психологічні проблеми гінекологічних пацієнтів**



**Рисунок 7.9. Психопатогенетичні ланки формування психологічної дезадаптації у жінок з порушеннями репродуктивної функції**

- 3) ставлення до захворювання та лікування:
  - внутрішня картина хвороби як відображення суб'єктивного ставлення до захворювання на сензитивному (відчуттєвому), емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях;
  - характер пред'явлення скарг (симуляція, диссимуляція, агравация);
  - тип реагування на захворювання;
  - рівень прихильності до лікування;
- 4) соматичні фактори ризику:
  - гінекологічні захворювання в анамнезі;
  - екстрагенітальна патологія;
  - рівень здоров'я-центрованості (дотримання здорового способу життя, шкідливі звички);
- 5) психологічні та психосоціальні фактори ризику:
  - психічні розлади в анамнезі;
  - дисгармонійні особистісні риси;
  - низький рівень психосоціальної підтримки;
  - порушення міжособистісних, подружніх, сімейних відносин;
  - неблагополуччя у родині;
  - стигматизація;
  - низький економічний рівень;
- 6) обізнаність щодо питань репродуктивного здоров'я;
  - розуміння особливостей функціонування організму жінки, репродуктивної та сексуальної сфери;
  - профілактика розвитку гінекологічної патології.
- 7) доступність медичної допомоги;
  - територіальна, фінансова доступність медичної допомоги;
  - організація медичної просвіти;
- 8) доступність соціальної допомоги;
  - соціальні заклади чи організації, в які жінка може звернутися;
  - співробітництво з соціальними закладами та перенаправлення пацієнтки для отримання психосоціальної допомоги;
- 9) доступність психологічної допомоги:
  - наявність спеціалістів з психічного здоров'я у медичному закладі для безпосереднього перенаправлення на консультацію;
  - готовність пацієнтки до участі у психологічних заходах;
  - можливість призначення психофармакотерапії за потреби;
  - можливість тривалого психологічного супроводу чи патронажу;
  - участь у психоосвітніх заходах.

Комплексна оцінка чинників, які формують психоемоційну реакцію жінки на гінекологічне захворювання, дозволить індивідуально

визначити оптимальну комунікативну стратегію лікаря та відповідно оптимізувати лікувальну тактику.

Гінекологічна історія хвороби повинна збиратися в спокійній, приватній обстановці, коли пацієнтка повністю одягнена. За звичайних обставин бесіда має відбуватися наодинці. Однак пацієнтки можуть попросити, щоб з ними був присутній хтось із родичів або їхній партнер чи чоловік. Спершу треба уточнити, чи зручно їй буде обговорювати особисті питання в присутності когось з її близьких. Або ж можна запропонувати, щоб близька людина була присутньою на частині бесіди, а надалі лікар може попросити про розмову з пацієнткою наодинці перед проведенням огляду, щоб звернутися до більш особистих тем.

Під час співбесіди лікар повинен постійно оцінювати рівень комфорту пацієнтки та вносити зміни в процес опитування, щоб полегшити збір анамнезу. Наприклад, знервована пацієнтка, якій може бути незручно відповісти на пряме запитання про сексуальну активність, може відповісти на відкрите запитання про контрацепцію. Іноді повну гінекологічну історію хвороби можна отримати лише після кількох візитів, оскільки деякі пацієнтки нададуть більш детальну інформацію про їх емоційну, соціальну або сексуальну історію лише тоді, коли більше довірятимуть лікареві.

Окрім того, важливо уникати осуду або оцінки з боку лікаря; пущення щодо сексуальної орієнтації або сексуальної активності пацієнтки є неетичною поведінкою, яка може мати суттєвий негативний вплив на результат лікування (наприклад, неможливість проведення тесту на інфекції, що передаються статевим шляхом та ВІІ).

Зрештою, лікарі мають завжди пам'ятати про чутливий та інтимний характер гінекологічної історії хвороби. Тому техніка та стиль інтерв'ю повинні бути максимально терпеливими та толерантними.

**Вагітність** на психологічному рівні вважають важливою частиною життєвого циклу індивідуації жінки, що супроводжується зміною само-свідомості, системи взаємовідносин та розвитком материнської сфери.

Психоемоційний стан жінки під час вагітності формують соматогенний та психогенний чинники.

Спектр соматогенних факторів включає:

- зміну гормонального фону;
- різноманітні сенсорні феномени під час вагітності (дискомфорт, больові відчуття, рух плода, розтягнення тканин в ділянці живота, відчуття тяжкості, інше);
- зростання навантаження на функціонування систем організму, що мають забезпечити ріст та розвиток плода;

— клінічні прояви патології вагітності (раннього, пізнього гестозу, інше);

— загострення хронічної патології внаслідок вагітності.

Психогенні фактори є результатом суб'єктивної інтерпретації вагітності:

— зміна способу життя (режим роботи та відпочинку, харчування, дотримання здорових звичок, інше);

— зміна життєвих планів у зв'язку з вагітністю та народженням дитини (кар'єра, вступ у шлюб);

— особливості переживання загроз для здоров'я плода внаслідок зовнішніх факторів (стрес, ризик інфекційної патології, фізичних шкідливостей через роботу, інше);

— усвідомлення персональної відповідальності за нове життя;

— вплив вагітності на тілесність (зміни форми тіла, «розтяжки», збільшення ваги, інше);

— гінекологічні захворювання чи процедури в анамнезі (операції, аборти), які можуть негативно вплинути на вагітність;

— акушерська патологія в анамнезі (викидень, «складні» пологи);

— застосування репродуктивних технологій у разі проблем з дітородною функцією;

— народження дітей з вадами у родині, особливо генетичного генезу;

— рівень підтримки з боку партнера, близького оточення;

— соціально-побутова та економічна ситуація в родині;

— психологічна готовність до материнства;

— ставлення до материнства на основі власного дитячо-батьківського досвіду;

— ставлення до вагітності у соціумі в певних ситуаціях (молодий вік вагітної, позашлюбна вагітність, згвалтування).

Періодизація на триместри в акушерстві є виправданою не лише за фізіологічним, але і психологічним критерієм (табл. 7.2).

Для оцінки психологічного стану жінки під час вагітності можна застосовувати такі критерії:

1. Запланованість.

2. Бажаність.

3. Стан фізичного здоров'я.

4. Стан психічного здоров'я.

5. Підтримка з боку партнера.

6. Підтримка з боку близького оточення.

7. Наявність дітей.

8. Акушерська та/або гінекологічна патологія в анамнезі.

9. Фінансова та побутова влаштованість.

Критерій запланованості вагітності. Планування вагітності спрямоване на забезпечення оптимальних умов для народження здорової дитини та включає такі заходи, як:

- обстеження та лікування гінекологічної патології;
- виявлення та лікування екстрагенітальної патології у жінки;
- здоров'я-центрований спосіб життя;

**Таблиця 7.2. Особливості психологічного стану вагітних залежно від триместру**

Триместр	Особливості психологічного стану вагітної
I	<p>Психоемоційна лабільність, емоційність.  Зміна способу життя.  Амбівалентність щодо майбутнього материнства, страх перед невідомістю.  Потреба у посиленій увазі та турботі з боку партнера, оточення.  Ранні гестози як дистресові фактори.  Страх викидня (найбільш ризикований період вагітності)</p>
II	<p>Найбільш спокійний, якщо не супроводжується патологією вагітності.  Зміна тіла жінки.  Вагітність стає видимою для оточення</p>
III	<p>Зростання навантаження на організм жінки та можливість загострення чи декомпенсації наявних захворювань.  Пізні гестози як дистресовий чинник.  Вихід у декретну відпустку, суттєва зміна режиму роботи.  Сконцентрованість на дитині.  Переживання, пов'язані з пологами та станом здоров'я дитини (страх пологів, страх болю, страх виникнення родових травм).  Підготовка до народження дитини.  Переживання стосовно догляду за дитиною</p>
Післяпологовий період	<p>Відновлення після пологів (особливо якщо були ускладнення, оперативне втручання).  Проблеми догляду за дитиною (грудне вигодовування, режим сну та відпочинку).  Фізичне та психологічне виснаження.  Відчуття відповідальності за дитину та її розвиток.  Страх зробити щось неправильно стосовно догляду за новонародженим (особливо при першій вагітності).  Тривога при виникненні відхилень у розвитку дитини, надмірна настороженість.  Потреба у сторонній допомозі та підтримці.  Ризик післяпологової депресії</p>

- стан здоров'я партнера;
- створення оптимальних побутових умов для розвитку дитини, економічна стабільність;
- формування стану психологічної готовності до материнства та батьківства.

Критерій бажаності є одним із найбільш значимих показників. Навіть у разі незапланованої вагітності загальна спрямованість і готовність мати дитину стають вагомим аргументом стосовно прийняття рішення щодо збереження вагітності попри наявні перешкоди і труднощі.

Критерій стану фізичного здоров'я. Наявність гінекологічної та екстрагенітальної патології є фактором ризику щодо патологічного перебігу вагітності та народження здорової дитини. Окрім того, хронічні захворювання супроводжуються ризиком не лише для плода, але і для життя матері.

Критерій стану психічного здоров'я. Вагітність внаслідок зміни гормонального фону та психогенного навантаження є провокуючим чинником щодо загострення та маніфестації психічної патології.

Критерій підтримки зі боку партнера та близького оточення. У будь-якій стресовій ситуації наявність підтримки є зовнішнім ресурсом.

Критерій наявності дітей. У разі попереднього позитивного досвіду вагітності лікар має змогу опертися на вже наявні знання і вироблені навички справлятися з ситуацією пацієнтки. Проте при складному перебігу вагітності ефект може бути зворотним, і минулий досвід лише посилюватиме психоемоційний дистрес. Також, нова вагітність за наявності інших дітей може бути небажаною внаслідок відсутності психологічних чи матеріальних ресурсів для виховання дитини.

Критерій акушерської та/або гінекологічної патології в анамнезі. Гінекологічні захворювання та процедури можуть бути причиною труднощів завагітніти, ускладнюють перебіг вагітності, часто викликають у жінки негативні емоції та самозвинувачення. Викидні, медичні аборти, гестози, ускладнена попередня вагітність є дестабілізуючими щодо психоемоційного стану пацієнтки.

Критерій фінансової та побутової влаштованості. Економічна складова — додатковий зовнішній ресурс, що дозволяє зменшувати стресовий тиск через вирішення матеріальних завдань — створення сприятливих умов для росту і розвитку дитини, оплата діагностичних та медичних процедур, лікарських засобів.

Отже, психологічна реакція жінки щодо факту вагітності залежить від багатьох чинників — особистісних, психосоціальних, ситуаційних, економічних.

З точки зору медичної практики після встановлення факту вагітності ключовими пунктами, що потребують вирішення, є:

- 1) рішення щодо того, чи залишати вагітність;
- 2) виявлення соматичних факторів ризику, які можуть вплинути на вагітність, зменшення чи усунення їх впливу;
- 3) приведення способу та умов життя жінки до найбільш сприятливих щодо нормального розвитку плода.

Прийняття рішення про аборт є складним і має довгострокові психологічні наслідки. Зоною відповідальності лікаря є інформування щодо медичних наслідків проведення абортів (потенційних ускладнень), тоді як для психологічних питань (почуття провини, сумніви) краще спрямувати пацієнтку до спеціаліста з психічного здоров'я, який допоможе визначитися і прийняти усвідомлене рішення відповідно до її потреб, можливостей, ситуації. Лікарю важливо зберігати нейтральну позицію щодо вибору жінки. У разі, якщо проведення такої медичної процедури суперечить персональним переконанням лікаря, пацієнтку можна тактовно перенаправити до іншого спеціаліста.

Після проведення процедури абортів тривалий час може зберігатися знижений настрій, підвищена тривожність, дратівливість, почуття провини, виникати порушення в особистісній (самозвинувачення, зниження самооцінки), міжособистісній та сексуальній сфері. Вкрай складною є ситуація, коли виникають проблеми у репродуктивній сфері жінок внаслідок раніше проведених абортів.

У разі показань до медичного абортів пацієнтка зіштовхується з такими психотравмуючими чинниками:

- вибір щодо переривання вагітності чи народження потенційно важкохворої дитини;
- у низці випадків відсутність точних прогнозів (імовірність) щодо патології плода;
- ризик для власного життя (якщо показання стосуються здоров'я матері);
- проходження складної процедури проведення медичного абортів, особливо на пізніх термінах вагітності, що може додатково травмувати жінку.

Викидень є ще однією потужною стресовою ситуацією в акушерській та гінекологічній практиці. Викидень у пацієнток спричиняє психологічні проблеми, такі як:

- зрушення у психоемоційній сфері;
- страх перед викиднем при наступній вагітності;
- страх неможливості народити дитину;

— самозвинувачення у викидні, навіть якщо немає об'єктивних підстав;

— переживання викидня, навіть на ранніх термінах, як повноцінної втрати та поява переживань горювання;

— сексуальна дисфункція.

Акушерам-гінекологам рекомендується робити певні *кроки для покращення спілкування*:

— Застосовуйте пацієнт-центроване інтерв'ю та турботливе спілкування у повсякденній практиці.

— Заохочуйте пацієнок занотовувати свої запитання під час підготовки до візиту. Організований список запитань може полегшити розмову з важливих для пацієнтки тем.

— Збільшіть, за можливості, тривалість візитів, щоб мати змогу вирішити всі проблеми пацієнок. Збільшення часу візиту має вирішальне значення для проведення пацієнт-центрованого інтерв'ю, спільного прийняття рішень та покращення спілкування пацієнок і лікарів.

Акушери-гінекологи зазвичай мають справу з майбутніми батьками, які з нетерпінням чекають народження здорової дитини. Проте їм також доводиться повідомляти і погані новини.

Для батьків важливо, щоб лікарі застосовували емпатію, спілкувалися з ними чітко, але зі співчуттям. Також вони прагнуть отримувати інформацію якнайшвидше, оскільки її утримання від них створює відчуття недовіри та напруження.

Клініцисти не можуть змінювати новини, які вони мають передавати, але вони можуть вплинути на те, яким чином вони їх повідомляють, та виявляти турботу.

### **7.1.4. Особливості комунікації в педіатрії**

Ефективне спілкування між лікарем і дитиною та/або її батьками є важливою віхою в менеджменті кожної педіатричної патології і може бути набагато складнішим, ніж у разі лікування дорослих пацієнтів. Якісна комунікація є наріжним каменем догляду, відповіддю на потреби пацієнта та динаміку сім'ї.

У педіатрії терапевтична взаємодія характеризується підвищеною складністю через включеність у неї *трьох суб'єктів*: лікаря, батьків та дитини. Зв'язок лікаря — батьків — дитини складається з *трьох елементів*:

— інформативності, тобто кількості та якості медичної інформації, наданої педіатром;



— міжособистісної чутливості, що стосується уваги лікаря та інтересу до почуттів і турбот пацієнта;

— створення партнерства — те, яким чином лікар запрошує батьків до висловлення своїх побоювань, перспектив і пропозицій під час консультації.

Для педіатрів комунікативні навички мають свої особливості та включають:

— вміння *розмовляти* з батьками пацієнтів як з *рівними партнерами*;

— вміння *ефективно спілкуватися з дитиною та її батьками*, щоб зрозуміти їх турботи, проблеми і переконання, а також збір відповідної інформації. Комунікація з дітьми повинна відповідати їхньому віку та бути дружньою до дитини. Рекомендується використовувати дитячу мову, малюнки, розповіді та гумор;

— здатність *пояснити малюкові його хворобу* і необхідність лікування. Пояснення повинно бути ясным, повним і простим для дитини та її батьків. Варіанти лікування повинні бути чітко і повністю описані так, щоб вони могли приймати рішення щодо лікування;

— вміння *переконати батьків* слідувати плану лікування. Це особливо важливо при проведенні тривалих, складних, болючих або дорогих процедур при лікуванні дитини;

— здатність *налагодити взаємини* з батьками та їхніми дітьми, засновані на взаємній повазі та довірі;

— *Soft skills*, здатність вступати в контакт легко, викликати довіру і комфорт від спілкування у дітей та їх батьків.

Фактори, що передбачають ефективну комунікацію між лікарями та пацієнтами/батьками: *інтерес, турбота, теплота й емпатія*.

*Емпатія* — це здатність поставити себе на місце іншої людини, зокрема, можливість бачити ситуацію її очима. Емпатійна реакція передає три головні повідомлення до дитини: «Мені важливо, як ти себе відчуваєш», «Я намагаюся зрозуміти, що ти відчуваєш» і «Це нормально відчувати те, що ти відчуваєш». Цей підхід фокусується на почуттях дитини та передбачає уважність лікаря.

Батьки потребують більш чіткої інформації про стан здоров'я їхніх дітей, особливо в умовах хронічного або смертельного захворювання. Батьки хронічно хворих дітей хочуть отримати більше інформації про стан дитини, її лікування та його довгострокові наслідки.

Пацієнти, які очікують на операцію, і їхні батьки часто хочуть отримати відповіді на, здавалося б, «незначні» запитання. Очікувана тривалість операції, чи буде втрачене волосся, розташування та довжина

розрізу, а також можливий вигляд дитини після процедури є джерелами занепокоєння.

Батькам необхідна порада щодо поведінки та розвитку своєї дитини, наслідків її хворобливого стану та соціальних контактів з сім'ями, які перебувають в подібних ситуаціях. Вони хотіли б, щоб лікар забезпечив нагляд за довгостроковим планом догляду, а також щоб їхні погляди і занепокоєння були враховані в цьому плані, і вони повинні розглядатися як партнери (і часто експерти) з догляду за дитиною.

Прийняття рішень щодо лікування дитини — це *прийняття сімейних рішень*. Батьки та діти краще дотримуються схеми лікування, коли дитина залучена у збір інформації та у створення плану лікування. Проте часто батьки бажають самостійно приймати рішення про те, як їхні діти будуть поінформовані про свій стан здоров'я. Тому важливо розуміти взаємини між батьками та дитиною, культурні й індивідуальні цінності сім'ї та потреби дитини, включаючи її власне бажання брати участь у створенні плану. Водночас обов'язковим є визначення ставлення батьків до надання інформації дитині. Важливо, щоб батьки зрозуміли, що дослідження демонструють покращену прихильність до плану та результати терапії, коли дитина сприймається як партнер. Якість дитячої охорони здоров'я покращиться, якщо дитина визнає свої власні індивідуальні пізнавальні та емоційні потреби, сприймається серйозно і вважається розумною, здібною до партнерства.

### ***Стратегії покращення комунікації з батьками дитини***

1. Перевірте, що батьки знають про стан дитини, її захворювання.
2. Оцініть те, що батьки хочуть знати: деякі батьки хочуть знати кожен маленький факт і подробиці про стан своєї дитини. Інші просто хочуть рецепт і впевненість, що все буде добре. Важливо оцінити бажання батьків і відповідно спілкуватися.
3. Оцініть розуміння: розуміння можна покращити, надаючи час для усвідомлення та за допомогою повторення. Наприкінці консультації батьків можна попросити повторити деяку інформацію, щоб переконатись, що вони її зрозуміли.
4. Застосовуйте навички активного слухання.
5. Підтримуйте впевненість та говоріть правду: прийміть те, що кажуть батьки, не засуджуйте їх. Деякі пропозиції щодо майбутньої допомоги підвищують впевненість у тому, що вони зможуть керувати ситуацією. Не давайте фальшивої надії.
5. Розмовляйте просто та чітко: дуже важливо пояснити речі простою, зрозумілою мовою.
6. Демонструйте емпатію, будьте чуйними.

Діти по-різному ставляться до хвороби і до перебування в лікарні. Досить часто суттєвого значення набуває не сама хвороба та викликане нею об'єктивне навантаження, а саме почуття й уявлення, зумовлені нею. У дітей до 6-річного віку досить часто спостерігаються фантастичні уявлення, нав'язані переживанням страху.

Найчастіше це спостерігають у дітей, яких лякали лікарем, уколами або карали та лупцювали батьки. Такі діти сприймають хворобу як наслідок провини, а лікування як покарання. Варто пам'ятати, що майже всі діти набагато краще сприймають уколи в руку, ніж у сидницю, оскільки останні нагадують їм про покарання та побої.

Дитина не є дорослою людиною в мініатюрі. І якщо ми в повсякденному житті вимагаємо професійного підходу до всіх, хто пов'язаний з дітьми, займається ними, то ще більшою мірою це стосується дитячого лікаря, дитячого психолога і медичних сестер, які працюють з дітьми. Спеціальних вузькопрофесійних знань часто не вистачає, особливо коли доводиться шукати рішення проблем в особливих умовах (наприклад, при психічних розладах у дітей).

Хвора дитина більш піддатлива до різноманітних шкідливих впливів, ніж здорова. Це пов'язане з тим, що фізичне і психічне навантаження знижує здатність організму до захисту, опору, робить дитину дуже чутливою.

Вже тут треба особливо підкреслити важливість профілактичної діяльності, спрямованої на запобігання шкідливим впливам.

## **7.2. Особливості професійної комунікації в онкологічній практиці**

*Мухаровська І.Р.*

Відомо, що оперативне лікування онкологічної хвороби поряд із позитивним протипухлинним ефектом (видаленням або зменшенням маси пухлини) може призводити до формування видимих фізичних дефектів, а саме шрамів, втрати органа (наприклад, молочної залози), виведення стоми, тоді як побічними ефектами хіміотерапії є зниження когнітивної функції («хіміотерапевтичний мозок»). Такі негативні наслідки лікування сприяють відмові частини хворих від терапії.

Наявні особливості психологічного реагування онкологічних хворих залежно від етапу лікувального процесу: діагностичного, передопераційного та післяопераційного (у разі проведення хірургічного

втручання), виписки зі стаціонару, катамнестичного, рецидиву та продовження хвороби, паліативного лікування.

Специфічними є страхи хворих, що стосуються рецидиву та продовження хвороби («дамоклів меч»), переживання, пов'язані з усвідомленням та переоцінкою сенсу життя та смерті.

Фундаментальним зрушенням у наданні допомоги онкологічним хворим стали фактори подовження тривалості життя хворих внаслідок прогресу в лікуванні онкологічних хвороб. Лікування раку стало комплексним та мультимодальним.

### ***7.2.1. Комунікація з дорослим онкохворим та його родиною***

**Феномен затриманого лікування.** Психологічні реакції на онкологічне захворювання формуються ще до постановки діагнозу й описуються феноменом затриманого або відкладеного лікування (treatment delay) — часу від появи перших ознак захворювання до початку лікування. До чинників, які відкладають звернення за медичною допомогою, належать вік, освіта, рівень матеріальної забезпеченості, наявність психічних та хронічних соматичних захворювань, стан соціальної підтримки, вираженість симптоматики, соціомедичні звички, ставлення до хвороби у суспільстві.

*Відкладання лікування посилюють:* високий рівень тривоги, страх діагностування захворювання, канцерофобія, похилий вік, низький рівень освіти, низький дохід, психічні захворювання в анамнезі, нерозпізнавання загрожуючих симптомів, коморбідна патологія, соціорольова поведінка (догляд за дітьми, важкохворими, робота). *Зменшують ризик відкладання лікування:* високий рівень підтримки родини, виражені прояви нездоров'я (біль, кровотечі), зіткнення з онкопатологією раніше (у родині).

*Тактика лікаря при зверненні пацієнта на пізній стадії.* Звичайно, можливості лікування онкологічного захворювання на 3–4-й стадії обмежені, що викликає психічне напруження як у лікаря через неможливість ефективно покращити стан здоров'я хворого, так і у пацієнта — внаслідок усвідомлення несприятливого прогнозу і вітальної загрози. В такому випадку важливо зосередити увагу на наявних можливостях та перспективах лікування, акцентуючи увагу не лише на подовженні терміну життя, але і на підтриманні його якості. Важливо утримуватися від висловів і запитань, чому пацієнт не звернувся раніше. Це лише посилюватиме дистрес пацієнта та перешкоджатиме конструктивній комунікації, викликаючи психологічні захисні реакції з боку пацієнта. Часто такі пацієнти потребують скерування за психологічною допомогою.

Для хворих незалежно від етапу лікування значним стресором є сам факт діагностування онкопатології та госпіталізації до онкологічного стаціонару, зіткнення з лікарняною обстановкою, медичними процедурами, взаємодія з іншими пацієнтами. *Пацієнти, які отримують протипухлинне лікування вперше*, переживають виражений психічний стрес через терапію. Первинні хворі мають брак інформації щодо онкологічного захворювання, у них відсутній досвід протидії онкологічному стресу. Значною мірою у своєму реагуванні пацієнти на даному етапі керуються соціально-поширеними уявленнями щодо онкологічних захворювань.

*Тактика лікаря для первинних пацієнтів* має бути зорієнтована на інформування хворих та розвіювання ірраціональних уявлень про хворобу. Важливо надати пацієнтам оптимальну інформацію щодо хвороби та її лікування, відповідати на запитання, якими б простими, несподіваними чи незрозумілими вони не були, — це дозволить сформувавши довіру та партнерські відносини.

*Пацієнти, які госпіталізуються внаслідок прогресування хвороби*, отримують повторну психологічну травму. У цій групі онкохворих спостерігається наростання фізичного нездоров'я та, відповідно, зниження працездатності, життєвих можливостей. Однак позитивними складовими є те, що пацієнти більш інформовані щодо свого захворювання та методів лікування, мають досвід психологічної протидії онкологічному захворюванню, сформували практично орієнтовані способи вирішення проблем.

*Тактика лікаря при прогресуванні захворювання* спрямована на балансування між формуванням реалістичних уявлень пацієнта про перебіг захворювання та підтриманням віри у можливості контролювати хворобу. З пацієнтами важливо обговорювати ситуацію, варіанти тактики лікування та їх наслідки, зокрема негативні, можливі ускладнення та способи їх запобігання. Участь пацієнта у прийнятті рішення буде посилювати відчуття контролю за ситуацією.

*На діагностичному етапі* хворі переживають виражений психоемоційний стрес. Невідомість прогнозу та методів лікування супроводжується високими рівнями тривожності, страхом, зниженням настрою, емоційною лабільністю, дратівливістю, психічним виснаженням. Психогенна реакція на нозогенний стрес відіграє таку ж важливу роль, як і погіршення фізичного здоров'я.

*Психологічні особливості хворих, пов'язані з протипухлинним лікуванням.* Переживання хворих, які очікують на хірургічне лікування, прив'язані до запланованого оперативного втручання, післяоперацій-

ного самопочуття та наслідків операції. Пацієнтів, які мають отримати комбіновану чи комплексну протипухлинну терапію, турбує розширення лікувальних заходів за рахунок хіміотерапії та променевої терапії, що асоціюється з гіршим прогнозом і більшими психічними, фізичними та матеріальними витратами. Негативний вплив на пацієнтів чинить інформація щодо побічних ефектів терапії, необхідність тривалий час лікуватися і таким чином зіштовхуватися з обстановкою, що провокує інтенсивні негативні переживання. Побічні наслідки протипухлинного лікування можуть ставати причиною відмови від терапії.

*Психологічні особливості онкологічних хворих на паліативному етапі лікування.* До психологічних особливостей онкологічних хворих у термінальному періоді хвороби належить значне обмеження у надходженні зовнішньої інформації внаслідок обмеження руху, втрати професійної діяльності. Звуження кількості особистісних контактів на фоні тяжкої ендогенної інтоксикації та больового синдрому звужують інтереси хворого, зміщують життєві цінності та сприяють заглибленню хворого у самого себе. Періоди активної психічної діяльності скорочуються, хворі швидко втомлюються, стають більш пасивними, наростає астения, апатія. В емоційному статусі часто домінує відчуття безнадійності, пригніченість, що значною мірою зумовлено наявним соматичним дистресом (сукупністю симптомів хвороби), а також внутрішньоособистісними переживаннями стосовно прогнозу захворювання. Наявні страхи, особливо щодо обмеження функцій організму, втрати здатності до самообслуговування. Вагомим етапом стає розвиток хронічного больового синдрому та введення наркотичного знеболювання у комплекс лікувальних заходів. Психічний стан хворих корелює з рівнем соматичного благополуччя, можливості контролювати фізичні симптоми хвороби. На висоті больового синдрому може з'являтися схильність до реакцій гніву. Наявні особистісні реакції на прогноз захворювання, що описуються терміном «переживання втрати» як реакція на скорочення фізичних, соціальних можливостей, зміни у психічній сфері.

*Тактика лікаря у взаємодії з паліативними пацієнтами* нерозривно включає спілкування не лише з хворими, але і членами його родини. Пацієнтів і родичів потрібно орієнтувати на те, що основним медичним завданням є підтримання якості життя хворого. У розмовах з пацієнтами важливо відштовхуватися від їхніх знань про свій соматичний статус та готовності обговорювати ситуацію.

*Психологічний стан онкологічних хворих з больовим синдромом.* Для хворих із больовим синдромом властива больова поведінка — комп-

лекс поведінкових вербальних (скарги, зітхання, стони) та невербальних проявів за наявності гострого чи хронічного болю (протибольова поза, дотики чи стискання болючого місця, обмеження активності, прийом ліків, гримаса болю).

Основними психологічними чинниками неефективного знеболювання в онкохворих є відмова від призначення протибольових засобів через страх залежності, побічної дії на психіку (для опіатів), наявність виражених психогенних реакцій або психічних розладів, що обтяжують перебіг хвороби, неадекватне пред'явлення пацієнтом скарг з приводу хронічного больового синдрому.

*Онкопатологія та зміна образу тіла.* Онкологічні захворювання можуть спричинити порушення самосприйняття як результат самого захворювання та побічних ефектів лікування — деформація частин тіла, шрами в результаті хірургічного лікування, випадіння волосся під впливом хіміотерапії. Внаслідок змін образу тіла виникають труднощі у міжособистісній взаємодії, відчутті себе повноцінним учасником спілкування, сімейній взаємодії, виникає сексуальна дисфункція.

*Психосоціальні аспекти онкологічних захворювань.* Психосоціальні проблеми, які виникають в онкологічних пацієнтів, включають: зміну професійної активності внаслідок зниження фізичного здоров'я; зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною та близьким оточенням; зміну якості соціальної взаємодії; труднощі комунікації на тему онкологічної хвороби; обмеження можливості активного відпочинку внаслідок погіршення фізичного здоров'я, прив'язаності до медичних закладів, фінансових витрат на лікування; стигматизацію та самостигматизацію хворих з онкологією як результат існування соціальних міфів щодо онкопатології.

Останніми десятиріччями до суспільної та медичної свідомості прийшло розуміння того, що діагноз онкологічного захворювання не є хворобою самого пацієнта, а стає захворюванням всієї родини.

Ще у 80-х та 90-х рр. ХХ ст. з'явилися перші дослідницькі програми, орієнтовані на вивчення питань *психоонкології*, пов'язаних з родиною хворого. Відзначалось, що сам факт встановлення діагнозу раку спричиняє «коливальний ефект» у родині хворого, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміні звичного укладу життя, міжособистісної комунікації, а також спричиняє екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження тощо.

Факт захворювання на рак не є єдиною стресовою подією для хворого та його родини; певний психологічний стан виникає як резуль-



туюча дія серії множинних, переплєтених та багаторівневих факторів у вигляді рецидиву раку, продовження хвороби, змін у терапевтичній тактиці, переходу від спеціального лікування до паліативної допомоги.

Переживаючи наявність онкологічного захворювання в одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дестабілізацію (дезадаптацію) навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах. Така *дестабілізація виявляється у діадах «пацієнт — подружжя» та «пацієнт — дитина»* та супроводжується дистресом.

Як дестабілізація, так і дистрес є нормативними процесами, на зміну яким при сприятливому перебігу процесу адаптації приходить рестабілізація та пристосування сімейної системи до ситуації хвороби.

У процесі адаптації родина вчиться долати та справлятися з *«ключовими пунктами»* — основними проблемами психологічного переживання хвороби члена родини. Такими пунктами вважають проблеми спілкування та підтримки хворого, реагування на почуття та висловлювання пацієнта щодо раку, вплив пригніченого настрою як самого хворого, так і членів його родини, на сімейне функціонування, напруження у родині, що виникло внаслідок зміни ролей, а також реконструювання неадаптивних стратегій поведінки у ситуації хвороби.

Саме ці проблеми почасті заважають ефективній комунікації лікаря з пацієнтом та його родиною, тому постають змістом медико-психологічної допомоги членам родини, спрямованої на зменшення інтенсивності, тривалості та рівня дестабілізації (дезадаптації), спричиненого проходженням «ключових пунктів».

Особливого значення професійна комунікація, що передбачає і психологічну допомогу, набуває у ситуації рецидиву, продовження і тривалого перебігу захворювання, переході від спеціального лікування до паліативної допомоги та особливо на етапі end-of-life care (медичної та психосоціальної допомоги наприкінці життя).

Особливості роботи у клініці онкології ґрунтуються на необхідності добитися беззаперечної довіри хворого до лікаря та запропонованих ним методів лікування. Зважаючи на нез'ясованість етіології злоякісних новоутворень, багато онкологічних хворих, відчуваючи страх перед смертельною хворобою, тяжким і болючим лікуванням, сумнівними перспективами, намагаються знайти допомогу за межами лікувальних закладів.

Тому чи не першим завданням професійної комунікації у клініці онкології є намагання допомогти пацієнтові повірити в офіційну медицину і позбутися міфічних уявлень про «чудодійні» одужання, а також спростувати думку про невиліковність злоякісних новоутворень.



Після численних обстежень настає момент підтвердження або спростування діагнозу. *Встановлення онкологічного діагнозу* — це значний стрес для хворого та членів його родини. У 70-ті роки ХХ ст. у світовій медичній практиці відбулася кардинальна зміна поглядів щодо повідомлення хворому онкологічного діагнозу.

Пацієнтам стали говорити, що вони мають захворювання з несприятливим для здоров'я та життя прогнозом. Було явним, що бесіда на тему діагнозу викликала суттєвий стрес як у пацієнта, так і у лікаря. Почалося активне вивчення особливостей комунікації у терапевтичній діаді «лікар — пацієнт» під час лікування, особливо щодо питання повідомлення діагнозу та «несприятливих новин».

Стало зрозумілим, що перед лікарем, який інформує про загрозливий для життя діагноз та повідомляє «несприятливі новини», поставлене складне завдання. Адже під час зустрічі відбувається не просто передача інформації, але закладаються основи подальшої взаємодії та співробітництва між лікарем і пацієнтом.

Так, *потенційно несприятливими новинами в онкології є*: підозра на наявність онкологічного захворювання; підтвердження онкологічного діагнозу; неможливість проведення оперативного втручання; негативні наслідки та побічні ефекти протипухлинної терапії (видимі дефекти, втрата органа, «хіміотерапевтичний мозок»); потреба у хіміотерапії чи променевої терапії після операції, що сприймається пацієнтами «як гірший прогноз»; повторні курси хіміотерапії; рецидив та продовження хвороби; вичерпання можливостей протипухлинної терапії і перехід на паліативну допомогу.

З обох боків — і лікаря, і пацієнта — існують особливості та обмежуючі чинники, на які необхідно зважати медичному працівнику при повідомленні несприятливих новин та спілкуванні з пацієнтом під час лікувального процесу. Саме тому структурування лікарем бесіди з пацієнтом, певний стиль повідомлення несприятливих новин стає важливим компонентом лікувального процесу (див. розділ 4.1).

У кожного онкологічного пацієнта після встановлення діагнозу формуються значні патопсихологічні, негативно забарвлені симптоми: депресія (часто з суїцидальними тенденціями), агресія та автоагресія, пригніченість, зневіра, страх смерті та інше.

Онкологи часто спостерігають тяжкі емоційні реакції на захворювання на злоякісні новоутворення, психологічно пов'язані з уявленнями про невиліковність цих хворих. Одні хворі більш схильні до переляку, паніки і при пропозиції госпіталізації впадають у депресивний стан. Інші хворі приховують свої переживання від сторонніх, що зазвичай

призводить до тяжких форм депресії, яка лише ускладнює лікування пацієнта.

Період перебування хворих у стаціонарі пов'язаний зі значним пригніченням пацієнта. Хворі гостро реагують як на власний стан здоров'я, так і на стан і долю сусідів по палаті.

Тому дуже важливо допомогти медичному персоналу стаціонару створити сприятливу деонтологічну ситуацію, щоб пацієнти, спостерігаючи за злагодженою, чіткою і самовідданою роботою медичних працівників, а також відчуючи їх підтримку і віру в одужання, могли й самі стати більш впевненими в успішному результаті лікування.

*Особливості психологічного стану онкологічного хворого залежно від періодів захворювання:*

*Перший етап* — поліклінічний або діагностичний, який починається від моменту першого контакту хворого з онкологічною службою: направлення на консультативний огляд онкологом, вирішення питання про необхідність спеціалізованого протипухлинного лікування в стаціонарних умовах. Типовими є загальне занепокоєння, виражена тривога, відчуття повної безнадії, безперспективності існування, думки про неминучу швидку і болісну смерть. Іноді спостерігаються спалахи люті, гніву, злоби, що супроводжуються агресією, спрямованою на найближче оточення.

*Другий етап* — надходження в онкологічний стаціонар. На цьому етапі спостерігається деяке зниження інтенсивності переживань. Це, перш за все, пов'язане з формуванням у пацієнтів психологічного захисту: пацієнт допускає думку про наявність у себе тяжкого соматичного захворювання, можливо навіть онкологічного, заспокоюючи себе тим, що перебуває у спеціалізованому стаціонарі під наглядом кваліфікованих фахівців, які зроблять все, щоб допомогти. Велику роль відіграють бесіди роз'яснювального характеру лікуючого лікаря з пацієнтом, огляди, призначення та проведення різних досліджень, консультативні огляди іншими фахівцями. Найважчими для пацієнта є перші дні перебування в стаціонарі, коли відбувається адаптація до нових умов.

*Третій етап* — передопераційний або передтерапевтичний — охоплює період від моменту інформування пацієнта про день початку протипухлинної терапії (дні оперативного втручання, початок хіміотерапії і променевої терапії) до настання власне цього дня. При отриманні інформації про дату операції у деяких хворих виникає негативне до неї ставлення: з'являються думки про недостатньо реалізовані інші види протипухлинної терапії.

*Четвертий етап* — післяопераційний (у пацієнтів, яким проводилося оперативне втручання) — від моменту завершення операції до відновлення здатності до самообслуговування. Характерною особливістю цього етапу є редукція вираженості всіх негативно забарвлених емоційних переживань пацієнтів. Для більшості пацієнтів операція є тимчасовим психологічним полегшенням стану — свого роду переломним моментом, після якого на пацієнта чекає одужання.

*П'ятий етап* — виписка — від моменту підготовки пацієнта до виписки й охоплює подальше перебування вдома. Цей етап створює оманливе враження найлегшого з усіх етапів перебування пацієнтів в онкологічному стаціонарі, оскільки пацієнти відчувають полегшення, коли після стількох емоційних потрясінь вони виписуються додому. Однак більшість пацієнтів також відчувають невпевненість у своєму майбутньому, сумнівним видається відновлення колишньої трудової діяльності, тривожна перспектива повернення додому в як інваліда.

Спільною рисою виділених періодів є невизначеність результату ситуації і тривожне очікування особистістю майбутніх подій. Таку ситуацію пацієнт не може сам вирішити, оскільки її результат йому не підвладний. Тому в клініці онкології навички спілкування є ключем до досягнення важливих цілей клінічної зустрічі: встановлення довіри та рапорту; збір інформації від пацієнта та родини пацієнта; повідомлення поганих новин та іншої інформації про хворобу; звернення до емоцій пацієнта; виявлення проблем.

Онкохворі зазвичай є найбільш вразливою групою пацієнтів через їх значні інформаційні потреби. Вони значною мірою залежать від своїх лікарів щодо подолання фізичного, емоційного та соціального тягара, який впливає на їхню якість життя.

Пацієнти з онкологією зазвичай тривалий період перебувають під спостереженням та лікуванням і, отже, стикаються з великою кількістю лікарів. Хоча спілкування з онкохворими є складним завданням, воно, проте, є основою для догляду за хворими на рак.

Ефективні комунікативні навички дають змогу лікарям покращити розуміння пацієнтами свого захворювання, дотримання пацієнтами призначеного лікування, ефективно використовувати час, уникнути вигорання та підвищити професійну готовність.

*Рекомендації доказової медицини щодо взаємин «пацієнт — онколог»*

— Використовуйте пацієнт-центрований підхід замість лікар-центрованого. Пацієнт-центроване спілкування — це спосіб комунікації, в якому соціальні, психологічні та емоційні аспекти визнаються не менш важливими, ніж соматичні. Це спілкування, яке запрошує і за-

охочує пацієнта брати участь та вести переговори щодо прийняття рішень стосовно власного лікування.

— Запитуйте пацієнта щодо бажаного для нього рівня включеності у процес прийняття рішень щодо лікування. Це можна зробити за допомогою запитань: «Чи хочете ви почути всю інформацію, як добру, так і погану, про цю хворобу? Люди відрізняються в тому, як вони хочуть приймати медичні рішення. Деякі люди хочуть приймати рішення самостійно, деякі — ділитися рішеннями з лікарем, а деякі — щоб лікар прийняв рішення. Який варіант оберете ви?»

— Пропонуйте інформацію про особливості якості життя із діагнозом в тому самому об'ємі, як і про онкологічне лікування.

— Запитуйте пацієнта щодо типу та кількості інформації, яку він хоче отримати. Опишіть варіанти лікування та підтвердьте розуміння. Рекомендується надавати інформацію невеликим об'ємом (корисним правилом є надання не більше третини інформації за один раз) і перевіряти розуміння пацієнта: «*Чи встигаєте ви за тим, як я говорю?*» або «*Чи це має сенс для вас?*» Це дозволяє лікареві титрувати кількість інформації, яка може бути охоплена під час візиту. Підтвердження розуміння також може дозволити лікареві виправляти неправильні уявлення або неточності. Оскільки емоції можуть формувати сприйняття та впливати на прийняття рішень, важливо реагувати на емоції пацієнта: «*Здається, ця інформація відрізняється від того, що ви очікували, і я думаю, це могло вас засмутити.*»

— При переведенні на паліативне лікування уникайте фраз на кшталт «більше нічого не можна зробити». Покращення комунікації про паліативну допомогу для онкологічних хворих повинно включати обговорення цінностей пацієнтів та чіткий план подальшого догляду.

— Навички, необхідні клініцисту для ефективної роботи з емоціями пацієнта, особливо з дистресом, включають виявлення та ідентифікацію емоцій пацієнта, реагування на них з емпатією, а в деяких випадках — подальше медичне обстеження та втручання для лікування дистресу або афективних розладів.

### **7.2.2. Особливості професійної комунікації в дитячій онкології**

Онкологічна патологія є досить рідкісною серед дитячого населення, однак смертність від злоякісних новоутворень у структурі дитячої смертності в Україні посідає 5-те місце, поступаючись нещасним випадкам, перинатальній смертності, вродженим аномаліям, хворобам нервової системи. Близько 3/4 дітей з онкологічним захворюванням

отримують спеціальне лікування, проте кожна 4-та хвора дитина помирає протягом року з моменту встановлення діагнозу.

Онкологічне захворювання у дитини — це *потужне джерело стресу для всієї родини*. Основні проблеми родин, які зіткнулися з онкологічним захворюванням, такі:

— Емоційні труднощі в дитячо-батьківських взаєминах, подружніх взаєминах, стосунках у розширеній родині.

— Функціональні проблеми: професійні досягнення, кар'єрний ріст, самореалізація членів родини; можливості сімейного відпочинку; перерозподіл функціональних ролей та обов'язків.

— Проблеми у взаємодії з соціумом (стигматизація, соціальна самоізоляція).

— Фінансові труднощі (купівля ліків, перебування у стаціонарі тощо).

Вибір лікарем тактики ефективної взаємодії з дитиною та її батьками включає розуміння особливостей їх психологічного реагування на захворювання, вміння розпізнавати прояви психічного та психосоціального дистресу.

У будь-якому віці *дитина усвідомлює небезпеку та серйозність хвороби*, в основі чого лежать як фізичні (тілесні) відчуття (погіршення загального самопочуття, швидка втомлюваність, специфічні симптоми хвороби), так і суто психологічні переживання, які посилюються з тривалістю захворювання та актуалізуються під час загострень хвороби (продовженні хвороби, рецидивах).

Діти зазвичай *не розуміють причин хвороби*, часто розглядають своє захворювання як покарання за погану або заборонену поведінку. Діти молодшого віку вбачають причини виникнення захворювання в порушенні харчування та гігієнічних правил, підлітки зараховують до причин хвороби спадкову схильність, а також конфліктні ситуації в школі та сім'ї.

*Прояви психологічного та психосоціального дистресу у дітей залежать від віку*. У дітей молодшого віку вони виражаються найчастіше психологічною регресією, сповільненням вікового розвитку та втраченою раніше здобутих навичок, виявом агресії до оточуючих, змінами поведінки, появою афективної симптоматики. Дуже показовим для дітей симптомом є порушення ігрової діяльності — відмови від гри.

У пацієнтів старшого віку прояви психологічного дистресу та психопатологічні симптоми стають подібними до дорослих.

Для *дитини перших років життя*, коли формується відчуття безпеки та довіри до близьких, порушення у задоволенні її потреб, відсутність

поряд значимої людини (батьків, вихователів) при вимушеній госпіталізації викликає тривогу та депресію, що часто виявляються у розладах харчової поведінки.

У дошкільному віці присутнє магічне мислення з притаманними йому причинністю та приписуванню власним діям того, що сталося. У зв'язку з цим хвороба може сприйматися як результат їх бажань та суджень. Діти *молодшого шкільного* віку часто вважають, що хвороба — це покарання за непослух батькам, «погані чи заборонені» бажання або слова.

Діти дошкільного та молодшого шкільного віку стають неслухняними, виявляють агресію до оточуючих, часто плачуть, порушується сон, погіршується апетит, вони відмовляються від прогулянок та перестають гратися.

Уявлення *підлітків* щодо хвороби вже багато в чому подібні до дорослих: психологічні захисти від тривоги, викликані загрозою, часто включають заперечення такої можливості, як вмирання. Втім, діти старшого віку поводять себе більш диференційовано, більш специфічно усвідомлюють наявну загрозу і реагують більш специфічно, в більшості їх увага зосереджується на обмеженнях, які приносить захворювання у звичне для них життя, а саме відірваність від однолітків, перерви у навчанні, необхідність дотримуватися дієти, рухового режиму, зміни зовнішнього вигляду, необхідність періодично проходити обстеження та приймати ліки. Підлітки реагують не лише на обмеження, але і на сам зміст ситуації та її перспективу, з'являються думки про те, як хвороба вплине на їх майбутнє.

*Отже, у дітей молодшого віку увага більш сконцентрована на ситуативних аспектах, пов'язаних із хворобою (діагностичні та лікувальні процедури), тоді як у дітей старшого віку виникають сутнісно-екзистенційні переживання.*

Онкологічне захворювання дитини має психотравматичний вплив на батьків, що проявляється у них різноманітною психопатологічною симптоматикою. Такі прояви повністю не зникають у періоді ремісії, а у разі рецидиву чи продовження хвороби у дитини гостро маніфестують. Психоемоційний стан батьків тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворої дитини. Одночасно психологічне самопочуття дитини залежить від емоційного стану її батьків, в особливості того з них, хто є емоційно ближчим.

У сфері *дитячо-батьківських взаємин* порушення найчастіше виражають у *гіперопії*, часто у поєднанні з позицією самовідречення, що сприяє швидкому виснаженню, або ж, навпаки, *відкиданні* дитини з

наступним дистанціюванням, що провокує виникнення інтенсивного почуття провини та самоосуду. За наявності у родині інших дітей, яким часто приділяється менше уваги та турботи, у батьків може з'являтися відчуття власної некомпетентності та батьківське почуття провини.

Наростання негативних емоцій у родині може вилитися у пошук винних у хворобі дитини, що дестабілізує родину та робить її більш уразливою до стресів, унеможливує отримання допомоги всередині сім'ї. Ускладнює психологічну адаптацію батьків незадовільний стан їх фізичного та психічного здоров'я, наявність «непережитого горя чи втрати», що резонує з ситуацією хвороби дитини, незадовільні комунікативні здібності та конфліктність.

Потреба у догляді за хворою дитиною зазвичай обумовлює *перерозподіл ролей у родині*. Це часто супроводжується для матерів звільненням з роботи, а для батьків суттєвим робочим перевантаженням, пошуком другої роботи, її зміною на більш прибуткову на противагу власним вподобанням та перспективам. Напруження виникає також і у подружніх стосунках, що виявляється непорозуміннями та виникненням конфліктів, дистанціюванням один від одного, скороченням або повною відсутністю сексуальних стосунків, розлученнями.

Високий рівень стресу виявляють у братів та сестер хворої дитини, що пов'язано як із безпосередньо реагуванням на хворобу близької людини, так і зміною звичного укладу та ритму життя, зменшенням турботи та уваги батьків, зростанням сімейного напруження, матеріальними обмеженнями. Важливими психологічними аспектами є реагування не лише батьків хворої дитини, але й братів і сестер (сибсів).

Складними питаннями у дитячій онкології залишаються алгоритми та «дерево прийняття рішень» щодо продовження лікування, що пов'язано, з одного боку, з можливістю вилікування дитини, а з іншого — виснаженням психоемоційного, морального та фінансового ресурсу родини. Більша частина бюджету родини йде на лікування хворої дитини, тому часто не залишається коштів на організацію сімейного відпочинку, з огляду на потребу у постійному лікуванні та перебуванні у стаціонарі.

Період діагностики в дитячій онкології для батьків стає часом тривожного очікування. Вони усвідомлюють, наскільки серйозним є онкологічний діагноз та яке значення він буде мати для життя їх дитини. Нагальний інтерес мотивує більшість батьків інтенсивно цікавитися питаннями, пов'язаними з проявами онкологічної хвороби, їх діагностикою та лікуванням. Таким чином, батькам доводиться за короткий час засвоювати великий об'єм інформації, пов'язаної з онкологічним



захворюванням. Одночасно їм необхідно підтримувати і заспокоювати свою дитину та контролювати власний емоційний стан. Однак інформація, отримана батьками із загальнодоступних джерел, таких як журнали, газетні статті, Інтернет, часто не є достатньою, а іноді і недостовірною, що формує неправильне уявлення про хворобу та способи її лікування.

*У дитячій онкології ситуація повідомлення діагнозу та «несприятливих новин» має свої особливості.* Через те, що батьки дитини є її офіційними представниками, інформацію щодо діагнозу, лікування та перебігу захворювання лікарі обговорюють першочергово з батьками. Однак це не означає, що лікар не взаємодіє з самою онкохворою дитиною. З віком дитини спілкування щодо змістовних складових захворювання (цілі лікування, вплив хвороби на життя та здоров'я та ін.) лише зростає. Якщо дітям молодшого віку достатньо приділити увагу, емоційно підтримати їх, то у більш старшому віці діти починають ставити запитання про те, що означають ті чи інші симптоми, чому захворювання може повернутися, коли вони вилікуються, чи можуть вони померти від хвороби. І коли дорослі не відповідають на подібні запитання дитини, у неї посилюється внутрішнє напруження, вона залишається сам на сам зі своїми страхами та фантазіями, відчувається самотньою, замикається у собі або, навпаки, стає дратівливою та спрямовує агресію на оточуючих.

Спілкування між лікарем та онкохворою дитиною і її батьками досить інтенсивне, багаторівневе та різнопланове. Лікареві необхідно взаємодіяти з дитиною та її родиною з питань медичного (обстеження, ліки) та часто і психосоціального характеру (догляд за дитиною, взаємини у родині). У подібній ситуації саме тісний контакт та налагоджена взаємодія між медичним персоналом і дитиною з її сім'єю здатні допомогти вибудувати оптимальну терапевтичну тактику, гнучко вирішувати актуальні проблеми та уникати конфліктних ситуацій.

Чинниками, що визначають спілкування у сфері дитячої онкології, є врахування психологічного стану й особистісного та вікового розвитку дитини, психологічного стану батьків дитини, складної системи сімейних взаємин у родині, дитячо-батьківських стосунків

Отже, впровадження у клінічну практику дитячої онкології заходів, спрямованих на підвищення рівня знань стосовно психології хворого та його рідних, орієнтованих на покращення комунікативної компетентності, поліпшує якість допомоги та сприяє психосоціальній адаптації пацієнта та його близького оточення.



### 7.2.3. Підготовка медичного персоналу в сфері психонкології

Окремим аспектом психонкології є вивчення психології осіб, які надають медичну, психологічну та психосоціальну допомогу онкологічним хворим та членам їх родини. Так, робота медичного персоналу онкологічних відділень пов'язана зі значним психоемоційним напруженням та високим рівнем стресу. Одним з інтегральних показників оцінки впливу професійного стресу на працівника є синдром емоційного вигорання — стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, що виявляється в професіях соціальної сфери.

*Організаційний фактор* включає відсутність достатньої можливості для кар'єрного росту, численні обов'язкові освітні та практичні моменти, слабкі служби підтримки персоналу. До *загального ситуаційного* належать необхідність у розширеній базі знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки; до *специфічного* — брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу та у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родини, висока смертність серед пацієнтів відділення. *Особистісними джерелами стресу* є невміння долати труднощі, низький соціально-економічний статус, психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу.

Результати проведених досліджень серед співробітників онкологічних лікувальних закладів свідчать про високу емоційну значимість для медпрацівників протрагованої психотравмуючої ситуації та необхідність проведення серед них як психопрофілактичних, так і психокорекційних заходів. До заходів первинної психопрофілактики зараховують, з одного боку, впровадження загальногігієнічних рекомендацій з організації праці на робочому місці, режиму праці та відпочинку, з іншого — здійснення більш специфічних заходів, що коригують ініціальні прояви синдрому емоційного вигорання на доклінічному рівні та підвищують психологічну стійкість. Для вторинної профілактики та психологічної корекції синдрому вигорання при вже сформованій стадії резистентності заходи повинні бути спрямовані на запобігання переходу стану резистентності у фазу виснаження, а при сформованому виснаженні — на недопущення хроніфікації психосоматичних і астенодепресивних розладів.

Психологічна допомога медичному персоналу спрямована на профілактику синдрому емоційного вигорання та покращення якості на-

дання медичної допомоги хворим та членам їх родини, що реалізується через розроблення та впровадження у клінічну практику програм психоедукації, тренінгових програм, орієнтованих на підвищення комунікативної компетентності у спілкуванні з хворими на етапі обговорення прогнозу та тактики лікування.

Отже, надбання психоонкології за відносно короткий час існування є вагомими та широко затребуваними у сфері надання онкологічної допомоги. Психоонкологія — приклад вдалого втілення принципу міждисциплінарності та інтегративності в лікуванні, що дозволяє побачити хворого та його життєву ситуацію цілісно і, відповідно, побудувати комплексну та ефективну систему медичної, медико-психологічної та психосоціальної допомоги.

Різноманіття проявів психічного та психосоціального дистресу, які переживають онкохворі (дорослі та діти) і члени їх родин, потребує досить високого рівня знань від медичного персоналу щодо психологічних аспектів, а також і комунікативних навичок для ефективної взаємодії та налагодження терапевтичного альянсу.

На сьогодні розроблено психоосвітні та тренінгові програми для медичного персоналу, спрямовані на покращення взаємодії між лікарем і пацієнтом, визначено основні алгоритми ведення діалогу з приводу «повідомлення несприятливих новин».

Основними психологічними аспектами, необхідними для розуміння стану пацієнтів та їх оточення у роботі лікаря, який працює в галузі онкології, визначені такі теми: психологічний стан онкохворих та їх родин на різних етапах лікувального процесу; психічні розлади у пацієнтів з онкологічними захворюваннями, їх розпізнавання; медико-психологічні аспекти лікування соматичних симптомів, в особливості контролю больового синдрому; медико-психологічні аспекти паліативної допомоги; медична психологія окремих нозологій: онкогематологічних хвороб, пухлин мозку, злоякісних новоутворень кісток та м'яких тканин; медико-психологічні аспекти пересадки кісткового мозку; якість життя, психологічні та психосоціальні фактори, що впливають на онкохворих, які пройшли протипухлинне лікування та є вилікованими чи знаходяться у тривалій ремісії; переживання втрати; етико-правові аспекти; психологія медичного працівника та синдром емоційного вигорання. Для дитячої онкології додатково необхідні знання щодо ролі та значення родини хворої дитини у лікувальному процесі; дитячо-батьківських стосунків; впливу протипухлинного лікування на фізичний і психічний розвиток дитини.

Інформування медичних працівників з вищезазначених тем може бути здійснено шляхом проведення систематично організованих лекцій або семінарів, на яких спеціалісти будуть мати можливість отримати не лише нову інформацію, але й обговорити актуальні для практики питання, обмінятися досвідом.

Іншим важливим напрямом допомоги медичному персоналу щодо взаємодії з хворим та його оточенням є проведення комунікативних тренінгів. Відомо, що програми тренування навиків спілкування та закріплюючі семінари для медичного персоналу тривалістю до 40 годин сприяють підтриманню отриманих навиків спілкування з пацієнтами на термін понад 2 роки. Тренінги для медичного персоналу в основному орієнтовані на навчання основ ефективного слухання; використання у бесіді відкритих запитань, узагальнень; покращення розпізнавання емоційних сигналів пацієнта; регулювання власного емоційного стану; підвищення емпатійності (співчуття та розуміння).

Основною метою як психоосвітніх, так і тренінгових заходів для медичного персоналу є навчання працівників ефективної взаємодії з хворим і його родиною, що має покращувати якість допомоги та сприяти психосоціальній адаптації пацієнта і його близького оточення.

### 7.3. Особливості комунікації з особливо уразливими категоріями пацієнтів

Сапон Д.М.

У процесі професійної комунікації з особливо уразливими категоріями пацієнтів доволі часто доводиться мати справу з кризисними станами, які потребують навичок кризисного консультування. Сенс кризисної інтервенції не в тому, щоб вирішити проблему, а в тому, щоби зробити можливою роботу над нею. **Криза будь-якого типу складається з п'яти стадій.**

**Перша стадія — нормальна:** напруження та релаксація збалансовані; зберігається гнучкість в підході до проблеми; використовуються звичні ресурси та звичні способи вирішення проблем і поведінки. На цій стадії людина успішно протидіє стресовим факторам. Якщо криза не завершується та/або дій пацієнта недостатньо для вирішення проблеми, настає наступна стадія.

**Друга стадія — докризовий стан:** напруження перевищує релаксацію; зменшується гнучкість; відчуття пригнічення при невдалій спробі

вирішити проблему старими методами; посилюється відчуття невпевненості, дискомфорту, пригнічення, повільності думок, страху. Якщо професійна комунікація відбувається на цій стадії, вона спрямована на проблему прийняття рішень.

**Третя стадія — власне криза** (або гострий кризовий стан): страх перед невизначеністю, невідомим; дезінтеграція — руйнація самооцінки, бачення про своє місце в суспільстві та в житті; емоційна та розумова дезорганізація; переживання сильного внутрішнього конфлікту; відчуття вичерпаності ресурсів; можливі депресивні стани, суїцид, кримінальна поведінка. На цій стадії відбувається власне кризова інтервенція.

**Четверта стадія — створення нової форми:** відчувається деяка неспроможність через сумніви, але також є певний спокій; постановка цілей; усвідомлення нових можливостей; відбувається засвоєння нових моделей вирішення проблем. На цій стадії комунікації проводяться в руслі прийняття рішень.

**П'ята стадія — стадія комфорту:** ситуація проявилась, з'явилися шляхи вирішення; інтегровані нові моделі поведінки; з'являється відчуття впевненості; повертається гарне самопочуття; відбувається стабілізація самооцінки.

Власне кризова інтервенція передбачає *п'ять етапів*.

**Етап 1. Встановлення контакту.** Контакт встановлюється на емоційному рівні та складається з таких дій лікаря: ідентифікація відчуттів пацієнта; усвідомлення його права відчувати саме так; підтвердження того, що його відчуття зрозумілі та нормально сприймаються.

**Етап 2. Збір інформації.** Фактично початок збору інформації починається ще на першому етапі. На другому етапі відбувається: дослідження актуального стану проблеми пацієнта та пов'язаних із нею відчуттів; визначення причини кризисного стану; встановлення провокуючої події, її тривалості, умов «визрівання», більш глибоких переживань. Необхідно ставити якомога більше відкритих запитань, які не обмежують пацієнта. Слід заохочувати пацієнта говорити більш чітко та конкретно. Якщо він спілкується загальними виразами, потрібно ставити уточнюючі запитання.

**Етап 3. Формулювання проблеми.** Дії лікаря на цьому етапі зводяться до таких: підсумок отриманої інформації; формулювання проблеми в такому вигляді, з яким пацієнт буде згоден; в деяких випадках — переформулювання проблеми, щоб пацієнт міг всебічно її розглянути.

**Етап 4. Дослідження можливостей.** Цей етап передбачає: встановити, чи були в житті пацієнта подібні ситуації; обговорити стандартні дії, які пацієнт виконував у подібних ситуаціях; визначити, що саме

йому допомагало раніше в подібних ситуаціях; аналіз інформації щодо дій інших осіб, які потрапляли в подібні ситуації та їх вирішували; обговорити шляхи виходу з ситуації, пошук можливих варіантів; визначити досвід пацієнта в застосуванні якихось методів вирішення кризових ситуацій.

**Етап 5.** *Пошук альтернатив* залежить від усвідомлення пацієнта, що перед ним є проблема та її потрібно намагатися вирішити. Цей етап передбачає такі напрямки комунікації лікаря: зупинка гіперконтролю подій, на які пацієнт не може впливати; утримання пацієнта від необдуманих дій; дати пацієнту зрозуміти, що відмова від прийняття рішень — це також рішення; переформулювати проблему для всебічного розгляду.

На п'ятому етапі кризової комунікації можуть допомогти такі питання:

*«Якщо ви вирішили це зараз, чи може ваше рішення змінитися пізніше?»;*

*«Який найкращий варіант розвитку подій ви можете собі уявити при відмові від цього рішення?»;*

*«Який найгірший варіант розвитку подій ви можете собі уявити при відмові від цього рішення?»;*

*«Якщо ви зробите саме так, що може статися позитивного?»;*

*«Як ви гадаєте, що трапиться якщо ви зробите саме так?»*

Зазвичай після обговорення з пацієнтом можливих альтернативних варіантів остаточний вибір і планування для реалізації відбуваються тільки на наступному етапі.

**Етап 6.** *Завершення.* Завданням цього етапу є комфортно та благополучно підвести пацієнта до завершення обговорення проблемної ситуації. Пацієнт у кризовому стані може виявляти потребу неодноразово проговорювати одні й ті ж травмуючі ситуації, тому потрібно вміти вчасно підбивати підсумки.

### **7.3.1. Особливості комунікації з ВІЛ-інфікованими пацієнтами**

Професійна комунікація та консультування пацієнтів — це важлива функція співробітників, які працюють у ВІЛ-установах, та невід'ємний компонент профілактичної роботи з групами ризику щодо ВІЛ-інфекції. Специфіка спілкування та консультування в подібних закладах базується на професійній психологічній допомозі, інформуванні пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекцій, гепатитів, інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Специфічною особливістю комунікації з ВІЛ-інфікованими пацієнтами здебільшого в рамках *соціально-психологічного консультування* в

ВІЛ-установах є короткотривалість процесу, тобто потрібно встигнути проконсультувати пацієнта відносно його проблем та запитів протягом декількох зустрічей. Варто зазначити, що цей вид комунікації притаманний психологу або лікарю-психологу, але його основні положення застосовуються й іншими фахівцями.

Соціально-психологічне консультування часто визначають як вид роботи переважно психолога з психічно здоровими людьми. З цього можемо зробити висновок, що коли людина психічно здорова, то у разі виникнення певних проблем їй показане саме консультування. У випадку ж порушень, що виходять за рамки психологічної норми, людині вже необхідна корекція, психотерапія або навіть фармакологічне лікування.

Професійна комунікація в процесі консультування передбачає отримання від ВІЛ-інфікованого пацієнта інформації щодо його проблеми; її обговорення з пацієнтом для створення/збільшення позитивної мотивації та мобілізації внутрішніх ресурсів. Важливими кроками є демонстрація ВІЛ-інфікованому пацієнтові альтернативних варіантів вирішення його проблеми та розробка разом з пацієнтом плану вирішення актуальної для нього проблеми.

До основних напрямків соціально-психологічного консультування ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що потребує високопрофесійного медичного спілкування, варто зарахувати насамперед допомогу у вирішенні міжособистісних конфліктів, профілактику міжособистісних і групових конфліктів, а також конструктивне вирішення конфліктних ситуацій та кризисне консультування. Не менш важливими напрямками є консультування ВІЛ-інфікованих пацієнтів, залежних від ПАР, а також сумісно з пацієнтом пошук альтернативних стратегій поведінки та їх адаптація до нових життєвих обставин.

Враховуючи особливості ВІЛ-інфікованих пацієнтів та широку варіативність проблем, з якими вони приходять до спеціалістів, лікар-консультант може вибрати той чи інший тип консультування — найбільш підходящий та ефективний. Існують декілька типів консультування, які може використовувати лікар або психолог, працюючи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами.

*Просвітницьке консультування* може об'єднувати елементи підтримуючого та інформуючого консультування. Основною метою такого консультування є забезпечення актуальною інформацією, а також навчання певних навичок.

При *інформуючому консультуванні* ВІЛ-інфікованому пацієнтові надається повна та правильна інформація у доступній формі — на його

рівні, уникаючи конкретних рекомендацій щодо його подальших дій та поведінки.

*Підтримуюче консультування* використовується, коли ВІЛ-інфікований пацієнт потребує емоційної та психологічної підтримки. Основою такого консультування є активне слухання, розуміння, прийняття та відображення того, що людина говорить та відчуває (емпатія).

*Кризисне консультування* використовується для допомоги ВІЛ-інфікованому пацієнтові, який перебуває в стресовому стані або перебуває в певній критичній ситуації. Такий стан пацієнта може проявлятися різним спектром емоцій та потребує негайного реагування, прийняття швидких рішень для надання допомоги.

*Посттравматичне* консультування надається ВІЛ-інфікованому пацієнтові, який вже пережив травму або критичну ситуацію, дистрес. Основою цього типу консультування є навчання певних методів самопомоги, спрямованих на емоційну та психологічну реабілітацію.

У комунікації з ВІЛ-інфікованими пацієнтами необхідно триматися *пацієнт-центрованого підходу*, тому що хвороба зазвичай пов'язана з переживанням важкого емоційного стану (депресія, криза, стресова ситуація, страх). Завданнями професійної комунікації з такими пацієнтами є: усвідомлення пацієнтами, що саме з ними відбувається; пошук причини появи/погіршення емоційного стану; пошук та вибір основних шляхів, способів стабілізації або зміни негативного емоційного стану; пошук та усвідомлення внутрішніх та зовнішніх ресурсів утримання нормального емоційного стану.

В окремих випадках, особливо через брак та відсутність бажання ВІЛ-інфікованих пацієнтів співпрацювати з лікарем у межах терапевтичного альянсу, застосовується *проблемно-орієнтований підхід*. Комунікація обмежується опрацюванням запиту ВІЛ-інфікованого пацієнта, пов'язаного з конкретною проблемою (насилля, стосунки з родичами, відсутність життєвих перспектив тощо). Завданнями професійної комунікації з такими пацієнтами є: усвідомлення пацієнтом конкретної проблеми; пошук альтернативних варіантів її вирішення з обговоренням усіх позитивних та негативних моментів цих варіантів із вибором найбільш доцільного з них; розробка конкретного плану реалізації обраного варіанта.

### **7.3.2. Професійна комунікація з хімічно залежними пацієнтами**

Лікарєві, який має намір працювати з хімічно залежними клієнтами, потрібно знати, що будь-яка продуктивна комунікація з пацієнтом, який перебуває в стані сп'яніння або абстиненції, ускладнена че-



рез змінений стан свідомості та патологічні психологічні процеси. Пацієнти в стані сп'яніння або абстиненції можуть бути неадекватними, їх поведінка може навіть нести загрозу для консультанта.

Необхідно пам'ятати, що хімічно залежна людина практично не має свободи вибору. Основною умовою ефективної комунікації з хімічно залежними є активний, прямий, ясний *план дій* на різних етапах лікувально-діагностичного процесу: оцінка проблеми, допомога пацієнту в усвідомленні хімічної залежності та допомога в припиненні вживання цієї речовини.

Погана поведінка не робить людину поганою. Необхідно розуміти пацієнта як людину, яка звернулася за допомогою, навіть якщо вона усвідомлено веде себе погано. Неможливо навчити пацієнта розуміти себе, якщо лікар відсторонюється та не сприймає його.

Основними завданнями лікувального процесу хімічно залежних пацієнтів є зупинка компульсій та сприяння розвитку сильних сторін для вирішення кризи. Коли пацієнт тільки починає лікуватися, він може стверджувати, що вживання наркотичних речовин не є для нього проблемою, та звинувачувати роботу, дружину, дітей. Усвідомлення проблеми відбувається внаслідок тривалої та інтенсивної психоосвіти, коли пацієнт дізнається, що алкоголь або наркотики в дійсності є доволі великою проблемою. На цьому етапі пацієнт може зізнатися в тому, що він більше залежить від певної речовини, ніж йому хотілось би, але потрібен ще деякий час, щоб пацієнт цілком прийняв свою залежність, та ще більше часу, щоб він прийняв себе як залежного.

З певним проміжком часу пацієнт зможе ідентифікувати себе як залежного та порівняти з іншими людьми, які одужують. В цій атмосфері в нього можуть почати розвиватися інші сильні сторони, такі як потрібність та компетентність. Ці сильні сторони можуть генералізуватися та проявлятися в інших галузях — кар'єрі, друзях, сім'ї. Пацієнт починає усвідомлювати, що він здатен соціалізуватися, виконувати свою роботу та проявляти сексуальність навіть у тверезому стані. Ці сильні сторони дають можливість для подальшого розвитку ідентичності та інтимності.

Для побудови ефективної професійної комунікації з адиктивним пацієнтом варто дотримуватись у спілкуванні певних етапів з дотриманням **умов переходу на наступний етап комунікації** (табл. 7.3).

Окремою проблемою в комунікації є співзалежні члени родини, здебільшого подружжя, а також батьки та/або діти. **Співзалежність** — це комплекс специфічних особистісних особливостей, емоційних ре-



**Таблиця 7.3. Умови переходу на наступний етап комунікації**

<b>1. Ініціація вилікування</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>
Процес	<i>Психосоціальна криза: довіра проти недовіри. Досягнення: надія та довіра замість відстороненості. Комунікація: запит про допомогу та її прийняття</i>
Завдання	<i>Усвідомлення: «Я не можу контролювати вживання алкоголю/наркотиків»</i>
Мета	Припинити компульсивні дії
Вимоги переходу на 2-й етап	Довіра та надія
<b>2. Зупинити компульсії</b>	
Процес	<i>Автономність замість сорому, сумнівів. Вольові аспекти в боротьбі з компульсіями. Комунікація: «Я хочу спробувати», «Я тобі довіряю»</i>
Завдання	<i>Дотримання плану лікування. Твердження: «Я не буду вживати наркотики», «Я буду відвідувати індивідуальні та групові консультації»</i>
Мета	Залишатися тверезим день за днем
Вимоги переходу на 3-й етап	Довіра, надія та вольові зусилля
<b>3. Працювати та розважатися тверезим</b>	
Процес	<i>Ініціатива проти провини. Конкретні цілі замість пригнічення. Компетентність замість інерції. Комунікація: «Я визнаю, що хворий», «Моє завдання залишатися тверезим», «Я гідна людина»</i>
Завдання	<i>Повернення до роботи під час одужання. Формування тверезих навичок</i>
Мета	Навчитися розважатися та працювати тверезим
Вимоги переходу на 4-й етап	Довіра, надія, воля, цілеспрямованість, компетентність
<b>4. Створення тверезої ідентичності</b>	
Процес	<i>Ідентичність замість невизначеності. Впевненість замість приниження. Комунікація: віра в одужання; віра в себе тверезого</i>

**Продовження табл. 7.3**

1	2
Завдання	Ідентифікація та знецінення ірраціональних тверджень про себе. Прийняти: «Я одужуючий». Навчитись розуміти та турбуватись про себе. Початок ідентифікації духовного «я»
Мета	Навчитись розважатися та працювати в тверезому стані
Вимоги переходу на 5-й етап	Довіра, надія, воля, цілеспрямованість, віра, компетентність
<b>5. Формування інтимності, специфічної тверезому стану</b>	
Процес	Дружні відносини замість ізоляції. Розвиток в стосунках. Чесність та довіра. Усвідомлення ризиків
Завдання	Робота над профілактикою «зривів». Формування чесності та довіри. Приєднання до груп самопомоги. Встановлення нових, тверезих контактів. Соціалізація з родичами, друзями, сім'єю. Розпізнавання та зупинка співзалежної поведінки
Мета	Сформувати навички соціалізації та взаємин
Вимоги переходу на 6-й етап	Довіра, надія, воля, сенс, компетентність, віра, любов
<b>6. Розвиток ідентичності</b>	
Процес	Ідентичність замість невизначеності. Отримання нових знань про себе та про своє «я»
Завдання	Комунікація: ідентифікація своїх можливостей і цілей та продовження навчання. Зупинка obsesивно-компульсивних дій. Ідентифікація проблем в сім'ї. Зміна старої сімейної ролі: козел, клоун, герой
Мета	Усвідомити, хто я є сьогодні, тут та зараз, мої позитивні сторони та потреби
Вимоги переходу на 7-й етап	Довіра, надія, воля, сенс, компетентність, віра, любов, ідентичність
<b>7. Інтимність в інтимних стосунках</b>	
Процес	Інтимність проти ізоляції. Перехід від егоїстичної до дорослої інтимності

Закінчення табл. 7.3

1	2
Завдання	<i>Комунікація:</i> переосмислення стосунків. Сприйняття партнерів, зупинення патологічних любовних стосунків та вибір здорових партнерів. Формування навички сприймання точки зору іншої людини. Якомога менше концентруватися на собі
Мета	<i>Відновлення здорового комунікативного поля в усіх сферах життя</i>

акцій, поведінкових стереотипів, виникаючих у відповідь на хімічну залежність близької людини.

Родичі та близькі алко- та наркозалежних вимушені жити в атмосфері постійного стресу, коли неможливо контролювати ситуацію — це призводить до деформацій та певних патологічних змін у психіці. За-разом, які б особливості характеру на мала людина, пов'язана з нарко-залежним, вона постійно буде відчувати себе благодійником-рятуваль-ником та жертвою одночасно.

Зазвичай співзалежні особи не вміють брати на себе відповідаль-ність за виникнення проблеми. Вони впевнені, що запорука благо-получчя в такому випадку — це зміна іншого. І спосіб тиску на нього вже проявляється відповідно до особистісних якостей. *Одні відчують себе беззахисними жертвами* та перекладають відповідальність за змі-ну ситуації «залежному» члену сім'ї, а потім психологу, очікуючи що: «проблемний» член сім'ї сам все зрозуміє та виправиться, а психолог потрібний тільки для співчуття та уваги; психолог ефективно подіє на залежного в потрібному напрямку.

*Інші відчують повну владу над своїми близькими* та беруть на себе завелику відповідальність за їх долю, але саме за зміни в ситуації пропонують відповідати «проблемному» члену родини, а потім психо-логу. Вони збираються самостійно змінити близьку людину, їм потрібні лише ефективні методики впливу; вони очікують, що психолог вико-нає їх доручення та подіє на проблемного близького в потрібному для нього/неї напрямку.

Яку б позицію не займала співзалежна особа — *чи то «жертви», чи то «володаря»*, якщо вона збирається вирішувати проблеми шляхом зміни близької людини, то, по суті, не бере на себе відповідальність за свою частину змін. При цьому така особа завжди може описати, як саме має змінитися ця людина, звісно ж з огляду на свої уявлення про «добре та погане», та враховуючи свої примхи.

Конструктивна робота лікаря із залежними та співзалежними особами цілком можлива, але при цьому відразу потрібно ідентифікувати «замовника», «пацієнта/клієнта» та «гостя».

«*Пацієнт/клієнт*» — це психічно здорова людина (клієнт) або людина з психологічними порушеннями/психічними розладами, яка звертається для вирішення своєї усвідомленої проблеми. При цьому вона висловлює свої думки щодо істинної причини даної проблеми. Людина вважає себе відповідальною за вирішення ситуації та готова докладати до цього зусилля.

«*Замовник*» — це людина, яка «замовляє» консультанту (лікаря або психологу) ті чи інші зміни в близькій людині, але не вбачає своєї ролі в цій ситуації. Вона вважає, що потрібно змінити іншого саме так, щоб її, як замовника, влаштувало. Майже завжди такий тип людей намагається перекласти на лікаря/психолога відповідальність за вирішення проблем.

«*Гість*» — це людина, яку привели на консультацію або змусили відвідати лікаря/психолога для вирішення проблеми, яку сама людина не вбачає, та власне через це і не збирається її вирішувати. Такий пацієнт є жертвою стороннього тиску та, зазвичай, не бажає змін (у нього є своя позиція та бачення цієї ситуації). Особливо часто «гостем» стають підлітки або подружжя. Працювати з такими пацієнтами доволі складно, але можливо. Для цього потрібно виявити співчуття та зрозуміти його небажання співпрацювати, а потім поцікавитися, чи є в такій ситуації щось, що хвилювало б самого пацієнта. Ефективною може бути тільки робота в тандемі «лікар — пацієнт».

### **7.3.3. Особливості комунікації з жінками, які є працівницями комерційного сексу**

Жінки, які є працівницями комерційного сексу (пропонують сексуальні послуги за плату) зазвичай приходять на консультацію за вирішенням різнобічних проблем. Однак лікар або психолог має звернути увагу на психологічні наслідки заняття секс-бізнесом.

Серед наслідків заняття секс-бізнесом основними є такі: негативна ідентичність свого тіла, блокування емоційного компонента нормального любовного або сексуального зв'язку, поява стокгольмського синдрому, віктимізація.

*Негативна ідентичність свого тіла.* Жінки секс-бізнесу сприймають своє тіло як окреме від свого «я», як об'єкт вжитку, сексуальний об'єкт. Тобто має місце відокремлення фізичного від психологічного. Можуть сформуватися різні сексуальні дисфункції, порушення взаємин з парт-

нером та інше. Основні завдання консультанта в цьому випадку — *допомогти пацієнці*: усвідомити відчуття власної особистісної цінності, своїх переживань та потреб; систематизувати уявлення про своє «я», як психічне, так і тілесне; сприйняти власне тіло, розширити спектр тілесних відчуттів, усвідомити можливості власного тіла; навчитися формувати об'єктивні вимоги до себе, свого тіла, партнера; відновити здатність до переживання задоволення, зокрема від фізичних контактів.

*Блокування емоційного компонента адекватного любовного сексуального зв'язку.* Жінка секс-бізнесу постійно відіграє роль, імітує сексуальне збудження, симулює. Така поведінка накладає відбиток на її емоційну сферу — вона відчуває тривогу, втрачає здатність переживати задоволення на різних психічних рівнях. При роботі з такими пацієнтами консультанту варто акцентувати свою увагу на наступних аспектах: допомогти пережити страхи та психотравми, усвідомити сексуальні сценарії; сформувані цілісну сексуальну та гендерну ідентичність, адекватну поведінкову модель самопрезентації жіночої сексуальності. Необхідно сприяти виробленню навичок вираження та вербалізації почуттів, адаптивних сексуальних сценаріїв та проявів інтимності у стосунках з партнером.

*Стокгольмський синдром.* У жінок секс-індустрії, які працюють із сутенером, «мамочкою», може виникнути ідентифікація з ними. Це буде проявлятися засвоєнням їх систем цінностей, ставленні до оточуючих, способу життя. Типовою формою поведінки є складність розлучення з сутенером, довготривалий страх помсти за те, що покинула його. При роботі з такою проблемою необхідно додатково до попередніх аспектів приділяти увагу зниженню рівня самотності та самоізоляції, а також допомогти сформувати нові сенси життя.

*Віктимізація.* Внаслідок постійного приниження, насилля, примусу до певної сексуальної поведінки проти волі жінка може перетворитися на жертву. Жертва — це людина, яка втратила значимі для неї цінності через вплив на неї іншої людини, групи людей або певних обставин. Дуже часто жертва починає практикувати певний стиль поведінки — агресивний, активний, пасивний, некритичний. Агресивна жертва може фізично або вербально нападати на свого кривдника або інших людей. Основне завдання при роботі з такою проблемою — допомогти в переживанні відчуттів страху, провини, гніву; підвищити рівень самооцінки та знизити рівень самостигматизації; сформувати навички вираження та вербалізації відчуттів; підтримати відчуття власної гідності, власної цінності своїх переживань та потреб, а також допомогти сформувати нові сенси життя.

#### **7.3.4. Особливості комунікації з чоловіками, які мали одностатеві стосунки**

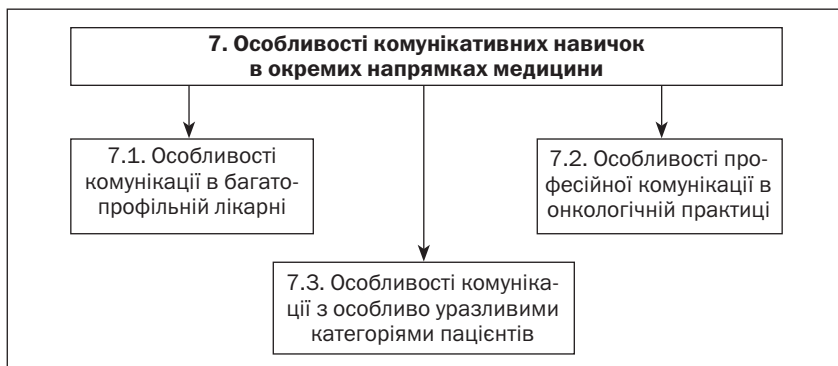
При консультуванні такої цільової аудиторії важливо розуміти, що гомосексуальність по собі не є приводом для надання допомоги, але представники цієї спільноти відчують на собі дискримінацію, вимушені приховувати свою приналежність, через що доволі часто переживають емоційне потрясіння, стрес, депресію та мають певні психологічні проблеми.

*Сприйняття себе та своєї ідентичності* прямо пов'язане з внутрішньою гомофобією — негативним відношенням гомосексуалів до своєї власної сексуальності та свого «я», засвоєним у процесі соціалізації, де загальноприйнятною нормою є гетеросексуальні стосунки. Водночас з усвідомленням своєї сексуальної ідентичності гомосексуали усвідомлюють і свою нікчемність, оскільки соціум здебільшого не сприймає таких форм відносин. Отже, людина відчуває подібне негативне ставлення та перебуває в станах тривожності, гніву, злоби, страху. Основні завдання професійної комунікації в цьому випадку: підтримати у пацієнта відчуття власної гідності та цінності своїх переживань та потреб; систематизувати відношення до свого «я»; допомогти пацієнту сформувати цілісну сексуальну й гендерну ідентичність та перемогти відчуття самоізоляції; оптимізувати механізми психологічного захисту.

*Саморозкриття для важливих та близьких людей.* Для більшості гомосексуалістів саморозкриття перед рідними та значимими людьми є складною проблемою. У зв'язку з цим вони переживають певні труднощі — мають відігравати невластиві їм ролі, жити подвійним життям, приховувати свої почуття. Все це може призводити до неврозів, депресій, емоційної спустошеності. В такому випадку пацієнт потребує багато внутрішніх сил. Основні завдання для професійної комунікації: надати емоційну підтримку; підтримати чи сформувати у пацієнта самоповагу, самосприйняття, позитивну самооцінку; направити та вмотивувати пацієнта відвідувати групи психологічної підтримки (саме групова форма роботи ефективно вирішує таку проблему); пропрацювати певні відчуття та переживання, які можуть проявлятися під час саморозкриття, — страх, безнадія, самозвинувачення, злість (необхідно допомогти пацієнту усвідомити та пережити ці відчуття).

*Психологічні проблеми у стосунках* виникають з моделювання систем поведінки в гомосексуальній парі. Професійна комунікація в таких

випадках спрямована на допомогу в усвідомленні та роботі зі стереотипами; формування навичок спілкування в парі; допомогу в моделюванні індивідуальних механізмів взаємодії в парі, включаючи питання сексуальної взаємодії. Для вирішення психологічних проблеми в стосунках може знадобитися участь обох партнерів у консультуванні, тому потрібно заздалегідь обговорити можливість такого розвитку подій. Важливими умовами для ефективної співпраці буде: створення комфортних умов для обох партнерів; надання можливості кожному з партнерів висловитися та вислухати один одного; обговорення та пояснення емоційного змісту виразів кожного з партнерів для кращого усвідомлення.



**Рисунок 7.10**

## **Запитання для контролю та самоконтролю**

1. Заходи щодо підвищення прихильності пацієнтів до призначеного лікування.
2. Передопераційна тривога пацієнтів та заходи щодо її зменшення.
3. Рекомендації щодо взаємин між лікарем-хірургом і пацієнтом.
4. Особливості збору анамнезу в клініці гінекології.
5. Особливості спілкування лікаря-педіатра з дітьми залежно від їх віку.
6. Рекомендації щодо взаємин між лікарем-педіатром та батьками пацієнта.
7. Психологічні особливості хворих онкологічного профілю залежно від періодів захворювання.
8. Особливості психологічних реакцій у термінальних хворих.
9. Особливості комунікації з особливо уразливими категоріями пацієнтів.

## Ситуаційні завдання

1. Пацієнт Н., 34 роки, перебував на лікуванні у відділенні торакальної хірургії з приводу пухлини в легені. Лікуючий лікар сказав пацієнтові, що його потрібно обстежити, а зараз він не може повідомити, який діагноз та чи є загроза життю пацієнта. Лікар-фтизіатр під час консультації сказав хворому, що у нього, найімовірніше, рак легень, який не лікується, а отже, він повинен готуватися до виснажливого і болючого помирання. Вночі пацієнт здійснив спробу самогубства. Його врятували. Детальне обстеження пацієнта виявило абсцес легені, який у стаціонарі вилікували.

*Яких помилок у комунікації з пацієнтом припустився лікуючий лікар? Як слід було інформувати пацієнта про стан його здоров'я, щоб уникнути загрози суїциду?*

2. У пацієнта Х., 42 роки, який нещодавно одружився і став батьком, підтверджено діагноз гострого мієлоїдного лейкозу. Лікар-онколог проінформував його про діагноз, пояснив, що існує кілька різновидів хвороби, лікування та прогноз для них виявляються різними. Рівень виживання протягом п'яти років коливається між 15 і 70 %, а частота ремісії — від 78 до 33 % залежно від підвиду захворювання. Пацієнт поцікавився, які у нього шанси дожити до повноліття дитини. Лікар пояснив, що існують тести, за допомогою яких можна досить точно визначити ймовірність виживання хворого й ефективність тих або інших ліків для індивідуального випадку хвороби. Рекомендував звернутися у закордонну клініку, де можна на підставі результатів цих тестів підібрати лікування. Пацієнт обурився на цю пропозицію, звинуватив лікаря у лобюванні клініки, де лікування дуже дороге.

*Яких помилок у комунікації з пацієнтом припустився лікар-онколог? Як слід було інформувати пацієнта про можливе обстеження і лікування пацієнта, щоб уникнути цих звинувачень? Що в комунікації з пацієнтом лікар зробив коректно?*

3. У дитини О. віком 15 років із діагнозом «саркома Юїнга» діагностовано метастазування в кістки і кістковий мозок. Хлопчик хворіє протягом чотирьох років. Попереднє лікування із застосуванням оперативного видалення ураженої кістки, хіміотерапії, масивної променевої терапії не дало бажаного результату. Хлопець з Інтернету дізнався, що його прогноз на виживання менший за 10 %. Він твердо вирішив відмовитися від лікування, незважаючи на заперечення батьків.



*Яка комунікаційна тактика лікаря-онколога, психотерапевта і психолога відділення?*

4. До лікаря-гінеколога прийшла на прийом дівчина віком 19 років з матір'ю. Під час бесіди та збору анамнезу мати відповідає на запитання замість дочки, бажає бути присутньою під час огляду — говорить, що її дитина може щось не зрозуміти та неправильно відповісти на запитання лікаря. Пацієнтка мовчить, не дивиться на лікаря.

*Як має поступити лікар в цій ситуації? Як налагодити контакт із пацієнткою?*

5. На прийомі у лікаря-педіатра мати з дитиною віком 4 місяці, якій необхідно провести профілактичне щеплення відповідно до графіка. Мати тривожиться з приводу можливих наслідків щеплення, схиляється до того, щоб відмовитися від вакцинації — вона нещодавно прочитала в мережі Інтернет, що дитина може захворіти на аутизм.

*Яким чином лікареві побудувати розмову з матір'ю дитини? Яких помилок варто уникнути?*

## Рекомендована література

1. *Медицина психологія: в 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.*

2. *Медицина психологія: в 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, Н.О. Марута та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.*

3. *Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник. За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. К.: Медкнига, 2020. 216 с.*

4. *Основи загальної та медичної психології. За ред. І.С. Вітенко, О.С. Чабана Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 435 с.*

5. *Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології. 3-тє вид. К.: Медкнига, 2019. 156 с.*

6. *Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник. За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге вид. К., 2019. 108 с.*

7. *Маркова М.В., Піонтковська О.В., Кужель І.Р. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології. Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20. Вип. 4(73). С. 86-91.*

8. *Маркова М.В., Піонтковська О.В., Кужель І.Р. Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкохворою дитиною та її батьками. Медична психологія. 2013. Т. 8. № 1(29). С. 7-13.*

9. Cordaro G., Feneroni L., Massimino M. et al. *Assessing psychological adjustment in siblings of children with cancer: parents' perspectives*. *Cancer Nurs.* 2012. Vol. 35. Issue 1. P. 42-50.

10. Li C., Chung O.K., Ho K. et al. *Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study*. *Psychooncology.* 2011. Vol. 20. Issue 9. P. 969-976.

11. Hildenbrand A.K., Clawson K.J., Alderfer M.A. et al. *Coping with pediatric cancer: strategies employed by children and their parents to manage cancer-related stressors during treatment*. *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 2011. Vol. 28. Issue 6. P. 344-354.

12. Tremolada M., Jonichini S., Alton G. et al. *Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia a the second week after the diagnosis: a quantitative model*. *Support Care Cancer.* 2011. Vol. 19. Issue 6. P. 591-598.

13. Коваль І.А., Максименко С.Д., Пануча М.В., Максименко К.С. *Медична психологія*. Вінниця: Нова Книга, 2010. 516 с.

14. Holland J.C., Breitbart S., Jacobsen P.B. et al. *Psycho-Oncology*. Oxford University press, 2010. 712 p.

15. Ревенок О.А., Зайцев О.О., Олійник О.П. та ін. *Сучасні дослідження у психонкології*. *Журнал психіатрії та медичної психології*. 2009. № 1(21). С. 50-55.

16. *World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. 198 p.

17. McCorry L.K., Mason J. *Communication skills for the healthcare professional*. Jones & Bartlett Pub Incorporated, 2020 Jun 29. ■

# Розділ 8.

## Особливості професійного спілкування лікаря з родичами пацієнтів

**Ключові поняття теми:** родина пацієнта, принципи комунікації з сім'єю пацієнта, конфіденційність, типові ситуації комунікації з родиною, моделі реагування родин на хворобу.

Захворювання впливає не лише на самого пацієнта, але й на його близьке оточення — родину, партнерів та друзів. Особливо виражено це виявляється у ситуаціях хронічної та прогресуючої патології, яка суттєво змінює фізичне та психічне здоров'я пацієнта та, відповідно, вимагає залучення зовнішнього ресурсу для подолання проблеми. У кризових ситуаціях людина звертається за допомогою до сім'ї, що забезпечує потребу в емоційній підтримці, прийнятті, визнанні, повазі, психологічній безпеці, соціальній інтеграції.

Сім'я є основним ресурсом підтримки для пацієнтів, які зіштовхуються із загрозливим для життя захворюванням. Родина підтримує пацієнта, здійснює догляд, бере участь у прийнятті рішень стосовно лікування та слугує зв'язуючою ланкою між хворим і медичними працівниками.

Основними функціями сім'ї є: а) згуртованість, відчуття приналежності, формування особистої та соціальної ідентичності; б) фінансова підтримка (наприклад, сім'я забезпечує кошти на основні потреби людини, такі як харчування, житло й лікування); в) виховання, освіта і соціалізація; г) захист найбільш уразливих членів сім'ї (сім'я захищає малолітніх, хворих або недієздатних родичів).

Члени родини хворого переживають суттєвий стрес у зв'язку з хворобою близького ї, по суті, є «пацієнтами другого рівня», які також потребують допомоги та підтримки.

**Сімейна резилієнтність.** Резилієнтність, або психологічну стійкість, можна визначити як позитивну адаптацію в період важких випробувань, у результаті якої сімейне життя помітно зміцнюється, що позитивно позначається на членах сім'ї та оточуючих. Сім'я, яка вміє пристосовуватися, — адаптивна сім'я — здатна перерозподіляти ролі, переглядати правила і моделі взаємодії, щоб забезпечити необхідну допомогу і захист кожному з її членів. Сімейні ресурси дають сили для зростання і змін;

це відбувається за рахунок такої атмосфери в сім'ї, що характеризується ефективною взаємодією, взаємною підтримкою і подоланням розбіжностей завдяки гнучкості у відносинах. Таку якість, як резиліентність, з більшою ймовірністю набувають ті сім'ї, які впевнені, що джерело сили — це робота в команді, а складні ситуації — це загальне випробування, яке долається спільними зусиллями.

Переживаючи наявність захворювання в одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування.

У процесі адаптації родина вчиться справлятися з «ключовими пунктами» — *основними проблемами психологічного переживання* хвороби члена родини:

- проблемами комунікації та підтримки пацієнта;
- реагування на почуття та висловлювання пацієнта щодо хвороби;
- впливу пригніченого настрою пацієнта та членів його родини на сімейне функціонування;
- напруження у родині у зв'язку з перерозподілом сімейних обов'язків, зміною сімейних ролей.

Проте не кожна родина здатна успішно справлятися з наслідками хвороби пацієнта, що обумовлено загальним ресурсом сім'ї та ступенем тяжкості патології.

За даними літератури, серед сімей, що здійснюють догляд за важкохворим родичем, у 13 % порушення у психічній сфері сягають клінічно значимого рівня: панічний розлад становить 8,0 %; депресія — 4,5 %; посттравматичний стресовий розлад — 4,0 %; генералізований тривожний розлад — 3,5 %.

У перші 1–2 роки після втрати близької людини, яка померла внаслідок хвороби, захворюваність та смертність серед родичів збільшуються, за одними джерелами, на 40 %, за іншими — в 2–3 рази.

У родичів хворих виявляють широкий *спектр порушень*:

- тривожно-депресивний настрій, що формується на фоні перевантаження власними негативними переживаннями та емоціями хворого, фізичного та емоційного виснаження;
- внутрішнє напруження, безпричинний страх, нервозність, несподожаність;
- соматизація тривоги, загострення хронічних хвороб у зв'язку зі зниженням опірності організму на фоні стресової ситуації (головні болі, серцебиття, кардіалгії, задишка, розлади травлення, невралгії);
- нав'язливі думки щодо хвороби члена родини, його неминучої смерті;
- нав'язливі сумніви щодо правильності своїх дій, повноти реалізації сімейних обов'язків у підтримці, допомозі, фінансовому забезпеченні лікування;

- уразливість, чутливість до висловлювань пацієнта, медичного персоналу щодо хвороби, дискомфорт під час міжособистісної взаємодії з пацієнтом;

- досада, роздратування, гнів, що легко виникають у зв'язку з ситуацією;

- звинувачення інших у хворобі пацієнта, відчуття недовіри до медичних працівників;

- побудова власної концепції захворювання, його причин, перебігу, інтерпретування змін у стані пацієнта відповідно до суб'єктивної картини;

- думки про ситуацію як покарання за гріхи;

- відчуття власної психічної неадекватності.

Тривожно-депресивні розлади частіше виникають у близьких родичів хворої людини (дружина, діти пацієнтів), які мають вищу освіту, та тих, хто здійснює догляд за пацієнтом до 1 року та описує внутрішньо-сімейні взаємини як спокійні та доброзичливі. Емоційні порушення у близьких родичів пацієнта неоднорідні за своєю структурою і залежать від етапу лікувально-діагностичного процесу: спочатку домінують тривожно-фобічні розлади, що безпосередньо пов'язані з діагностичним процесом та невизначеністю ситуації, потім тривога змінюється депресією на етапі верифікації діагнозу.

**Сім'ї з групи ризику.** Низький рівень згуртованості сім'ї, недостатньо близьке спілкування і нездатність вирішувати проблеми — базові параметри класифікації Д. Кіссейна і його колег, яка, у свою чергу, дозволяє з високим ступенем упевненості прогнозувати виникнення психологічних розладів у членів таких сімей у разі втрати родича.

Неблагополучні сім'ї поділяються на дві групи:

- 1) до першої відносяться неповні сім'ї і сім'ї, що розпалися, члени яких не ладнають один з одним і відкидають будь-яку допомогу;

- 2) до другої — сім'ї, що знаходяться в пригніченому стані і депресії, однак готові прийняти допомогу.

Проміжною групою між неблагополучними і здоровими сім'ями є сім'ї із середньою згуртованістю і помірним рівнем взаємодії, які також схильні до серйозного ризику психологічних ускладнень.

Члени родин із групи ризику потребують превентивних інтервенцій, що допоможе сім'ї легше перенести страждання, пов'язані зі втратою, і пристосуватися до нових умов.

Резилієнтні сім'ї успішно справляються і не потребують додаткової психосоціальної підтримки, тоді як сім'ї з обмеженою здатністю до взаємодії — з браком спілкування, нестачею командної роботи і регулярними конфліктами, що можна виявити на сімейних зустрічах, потребують

застосування особливої тактики взаємодії з боку лікаря чи направлення на сімейну психотерапію.

Крім того, слід завчасно, ще на ранній стадії направити на психологічне консультування членів тих сімей, які вже відчують сильне психічне напруження, переживають майбутню втрату, проявляють ознаки інтенсивного стресу.

## **8.1. Особливості психологічного реагування родини на хворобу пацієнта**

*Мухаровська І.Р.*

### ***8.1.1. Основні психологічні проблеми родини***

Спектр психологічних проблем членів сім'ї можна розділити на 4 змістовні блоки: брак інформації; власні переживання; взаємодія з пацієнтом; залученість до лікування.

Первинне зіткнення із хворобою характеризується наскрізним браком інформації, відсутністю навичок взаємодії з хворою людиною та контролю власного емоційного стану. Повернення або загострення хвороби супроводжується зростанням обізнаності та формуванням певного стилю пристосування до ситуації. Перехід на паліативне лікування зумовлює кардинальну зміну лікувальних завдань, значні зусилля спрямовуються на догляд за пацієнтом з метою заміщення або часткової компенсації втрачених можливостей самообслуговування.

Потреба в інформації актуальна для будь-якого лікувального періоду, однак більш значущою є при першій зустрічі з хворобою та зміні тактики лікування.

При первинному зіткненні з хворобою наявний суттєвий брак інформації щодо захворювання та його лікування: незрозуміння медичної термінології, принципів та методів терапії і діагностики, особливостей перебігу захворювання, його потенційних ускладнень, наслідків для життя і збереження працездатності.

Повернення хвороби та повторне звернення до медичного закладу викликають значне посилення негативних емоцій, актуалізацію попередніх переживань, пов'язаних із хворобою, проте пацієнти та їх рідні вже більш обізнані та інформовані щодо ситуації, мають певні сформовані проблемно-орієнтовані стратегії вирішення проблем, пов'язаних із хворобливим станом.

Перехід до паліативного лікування означає кардинальну зміну лікувальних завдань: симптоматичну допомогу на відміну від патогене-

нетичної, зростання об'єму догляду за пацієнтом з метою заміщення прогресивного зниження можливостей самообслуговування, автономії та контролю над власним тілом. Рідні зіштовхуються з якісно іншими принципами терапії та мають засвоїти нову інформацію та навички.

Основним джерелом знань для пацієнта та його рідних мають стати лікарі, однак інтенсивна тривога, недостатній контакт із медичними працівниками провокують пошук інформації на форумах, у інших фахівців (часто без медичної освіти).

Більшість матеріалів, що розміщені в мережі Інтернет, на соціальних сторінках, має популярний чи маніпулятивний характер, не відповідає сучасним науковим уявленням, являє собою відображення індивідуального досвіду захворювання інших пацієнтів, що містить значну частку суб'єктивності та, відповідно, не може бути перенесений на ситуацію іншого пацієнта. Усе це зароджує сумніви та недовіру до медицини й лише поглиблює дезорієнтацію та розгубленість у пацієнта і членів його родини.

Саме тому навички ефективної комунікації у медичній практиці, організація медичної просвіти щодо питань профілактики й лікування захворювань мають важливе значення для формування достатнього контакту з терапевтичною командою, адаптивної поведінки під час лікувального процесу.

Основними медико-психологічними причинами психічного дистресу в рідних пацієнта виступають брак інформації, потреба у психологічній допомозі, відчуття труднощів у спілкуванні з пацієнтом, самооцінка впливу захворювання на власний психоемоційний стан та сімейне функціонування, активність та модель поведінки в лікувальному процесі.

Загалом психоемоційний стан родичів пацієнта характеризується закономірною етапністю та відображає психологічний зміст переживання втрат та перешкод, викликаних хворобою. Зміни в соматичному та психологічному стані пацієнта для членів родини відіграють роль «пускових факторів» у психологічному реагуванні. Члени родини важкохворих переживають такі ж психологічні стадії, як і самі пацієнти, а саме: шок та заперечення; агресію та гнів; торгівлю; депресію; прийняття. Важливим чинником, що викликає психоемоційне напруження в родичів важкохворих пацієнтів, є зіткнення з екзистенційними переживаннями смерті, сенсу життя та страждань.

### ***8.1.2. Основні чинники зміни функціонування родини пацієнта***

Тяжка соматична хвороба у родині та потреба в лікуванні визначають перерозподіл сімейного навантаження, обов'язків, особистого часу та зусиль рідних, сімейного бюджету та зумовлюють докорінну перебудову

родинного та особистісного функціонування членів сім'ї. Зіткнення зі стражданнями близької людини, відчуття некомпетентності та власного безсилля їй допомогти, змінити ситуацію, брак ресурсних можливостей можуть потенціювати почуття провини, яке суттєво погіршує психологічний стан родичів. Зниження можливостей до самообслуговування при прогресуванні захворювання, що особливо актуально для паліативного етапу, спричиняє більшу залученість родини до допомоги пацієнту та його підтримки.

Зміни у функціонуванні сім'ї пацієнта спричинені наступними чинниками:

*1. Соматичні чинники:*

1) загальна тяжкість стану пацієнта, зниження працездатності, здатності до самообслуговування та автономії, постійна/тимчасова потреба у сторонній допомозі чи догляді;

2) клінічні симптоми з високим дистрес-потенціалом, що викликають виражені порушення у психічному стані пацієнта (біль, задишка, парези/паралічі, нудота тощо);

3) імовірність виникнення загрозливих для життя пацієнта станів (судоми, порушення свідомості, кровотечі тощо).

*2. Психічні чинники:*

1) порушення психічного здоров'я — розвиток психічних розладів чи станів психологічної дезадаптації;

2) висловлювання негативного ставлення до лікування, відмова від лікування, некомплаєнтна поведінка;

3) суїцидальні висловлювання пацієнта;

4) застосування неадаптивних копінг-стратегій (уникання, дистанціювання, «заїждженої платівки», самозвинувачення, вживання психоактивних речовин чи алкоголю для зниження стресу тощо);

5) зростання напруженості у сімейних взаєминах, сімейні конфлікти.

*3. Соціальні чинники:*

1) стигматизуючі захворювання;

2) зниження соціальної активності (втрата роботи);

3) звуження кола спілкування;

4) обмеження доступу до відпочинку як наслідок часових та фінансових витрат на лікування.

Особливий психічний стрес викликає обговорення хвороби з негативним прогнозом. Члени сім'ї відчувають безпорадність та некомпетентність у питаннях підтримки пацієнта, не знають, як реагувати на страхи, негативні емоції і висловлювання пацієнта.



### 8.1.3. Поведінкові моделі родичів пацієнта

У процесі тривалого захворювання у членів родини формується певна поведінкова модель:

- 1) гіперопіки;
- 2) дистанціювання;
- 3) збалансованого контакту.

*Модель гіперопіки* характеризується посиленою турботою з боку рідних, захистом пацієнта від повної інформації про захворювання, прогноз, заборону на негативні емоції, а також нав'язуванням невиправдано високих очікувань щодо позитивної перспективи лікування. В основі подібної поведінки з боку сім'ї лежать уявлення, що знання про тяжкість захворювання і, відповідно, страх перед стражданнями та неминучою смертю гірші за саму смерть та можуть спровокувати суїцид. Проте відсутність обіцяного ефекту лікування, погіршення самопочуття, нагромадження не пояснених фактів посилюють внутрішній дисонанс пацієнта. В родині та у взаємодії з медичним персоналом наростає напруження, виникають конфлікти.

*Модель дистанціювання* відображає уникання контакту з пацієнтом, формальну підтримку, емоційне відсторонення, знецінювання переживань пацієнта, супроводжується високим рівнем психічного напруження в родича, яке часто в подальшому трансформується в почуття провини. В основі дистанціювання лежать негативні переживання пацієнта, зіткнення з власними суперечливими та амбівалентними емоціями відносно хвороби близької людини, екзистенційна криза, зміна звичного життєвого ритму, додаткові обов'язки, що призводять членів сім'ї до бажання вийти з даної ситуації і віддалитися.

*Моделі збалансованого контакту* властиві висока вмотивованість на допомогу, самоконтроль, відкритість у обговоренні почуттів, уміння приймати переживання близької людини, орієнтованість на вирішення конкретних завдань, побудова партнерських стосунків.

Члени родини, особливо в ситуації тяжкого соматичного чи психічного захворювання пацієнта, є впливовими учасниками лікувального процесу та демонструють певний ступінь залученості, що виявляється:

- у спільних візитах до лікаря;
- обговоренні стратегії терапії з медичним персоналом;
- пошуку та придбанні лікарських засобів;
- пошуку медичних закладів та спеціалістів;
- підтримці пацієнта під час лікування;
- догляді за пацієнтом.

Покладаючись на родину, часом пацієнти самі можуть делегувати близьким обов'язки взаємодії з медичними працівниками, або ж члени

сім'ї забирають на себе контроль власноруч, що на практиці перешкоджає ефективній комунікації впродовж лікування. Надмірна активність родичів у лікувальному процесі зумовлена низкою психологічних чинників:

1) *гіперопіка* розвивається на фоні вираженого психічного напруження, зменшення якого потребує участі в будь-якій діяльності, в тому числі у процесі лікування;

2) *дистанціювання* відображає спосіб переходу від позиції «вразливого» родича на позицію «експерта» з метою дистанціювання від психотравмуючої ситуації;

3) *гіперконтроль* обумовлений потребою встановлення контролю.

На підставі аналізу взаємодії пацієнта з членами родини, медичним персоналом та спеціалістом з психічного здоров'я виділяють чотири основні типи взаємодії.

Оптимальний тип взаємодії — «співпраця» — характеризується включеністю у процес усіх чотирьох учасників комунікації, наявністю спільного поля взаємодії та зворотного зв'язку між ними, відкритістю, готовністю до діалогу та обговорення актуальних проблем, толерантністю, що сприяє адаптації до ситуації.

Тип «протистояння» виявляється відсутністю спільного поля взаємодії між родичем і пацієнтом та лікувальною командою (медичним персоналом та психологом), напруженістю стосунків та частими конфліктними ситуаціями між даними групами, інтенсивними емоційними реакціями у учасників з обох боків.

У випадку формування типів взаємодії «психологічна дезадаптація родича» або «психологічна дезадаптація пацієнта» відповідно відбувається порушення спілкування у вигляді односторонніх інтеракцій та відсутності зворотного зв'язку у дезадаптованої особи, ізоляції, закритості комунікації, відкидання небажаної інформації. Вищеописаний характер стосунків безпосередньо відображається як на психоемоційному стані всіх учасників лікувального процесу, так і на якості надання медичної та психологічної допомоги.

Родичі пацієнтів, особливо важкохворих, самі потребують психологічної допомоги. Під час діагностики та первинної терапії першочерговими завданнями є нормалізація психоемоційного стану, корекція ірраціональних уявлень щодо хвороби, створення підтримуючих стосунків із пацієнтом, формування адаптивної сімейної стратегії у боротьбі з захворюванням. При повторному зверненні та паліативній допомозі почасти потрібна корекція неадаптивних форм поведінки, робота з екзистенційним стресом та пристосування до нових вимог ситуації, досягнення балансу між допомогою пацієнту та підтриманням його активності та відповідальності.

## 8.2. Дотримання конфіденційності

*Мухаровська І.Р.*

У процесі лікування виникають ситуації, коли інформація про здоров'я пацієнта може стати відомою стороннім особам. При повідомленні інформації про стан здоров'я пацієнта іншим особам, у тому числі членам родини, лікар має дотримуватися вимог чинного законодавства, яке регламентує питання надання медичної допомоги, дотримання конфіденційності та лікарської таємниці.

1. *Цивільний кодекс України* від 16.01.2003 р. [статті 285 (ч. 4), 286]. «Право на таємницю про стан здоров'я. Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні.

Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.

Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної в частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел» (ст. 286).

2. *Кримінальний кодекс України* від 05.04.2001 р. [статті 132, 145]. «Незаконне розголошення лікарської таємниці. Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило важкі наслідки, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, або громадськими роботами на термін до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років» (ст. 145).

До інформації, що становить лікарську таємницю, належать: відомості про стан здоров'я пацієнта; відомості про хворобу; відомості про діагноз; відомості, одержані при медичному обстеженні; відомості про факт звернення за медичною допомогою; відомості про огляд та його результати; відомості про методи лікування; відомості про інтимне і сімейне життя.

Об'єкт лікарської таємниці становить як медична інформація, так і немедичного характеру, така, що стосується особистого життя пацієнта. Кожний з об'єктів лікарської таємниці можна розглядати як щодо пацієнтів (діагноз, прогноз, шкідливі звички, сімейне та особисте життя тощо), так і щодо членів сім'ї пацієнта (спадкові захворювання, стан здоров'я родичів, їх особисте та сімейне життя та інше) залежно від конкретної ситуації.

*Дозволені випадки передачі інформації про пацієнта іншим особам.* При виникненні потреби передачі інформації про стан здоров'я третім (стороннім) особам лікар має отримати на це *згоду пацієнта в усній або письмовій формі.* З пацієнтом важливо узгодити:

- 1) саму можливість обговорювати питання щодо хвороби та лікування при сторонніх;
- 2) обсяг інформації та її характер відносно певних сторонніх осіб (чоловіка/дружини, батьків/дітей, інших родичів, друзів тощо);
- 3) черговість інформування самого пацієнта і членів його близького оточення.

### **8.3. Типові ситуації залучення членів сім'ї до лікувальної взаємодії**

*Мухаровська І.Р.*

У лікувальному процесі виникають ситуації, коли лікареві доводиться залучати родичів/опікунів пацієнта. До найбільш типових випадків відносяться:

- 1) лікування дітей;
- 2) лікування недездатних осіб;
- 3) обставини, коли пацієнт унаслідок хвороби чи хворобливого стану тимчасово нездатний приймати рішення (транзиторні порушення свідомості, психотичний стан, важка когнітивна дисфункція тощо);
- 4) потреба отримати критично важливу додаткову інформацію про стан здоров'я, яку пацієнт не може або не хоче надати сам;
- 5) необхідність сторонньої допомоги під час лікування внаслідок втрати пацієнтом здатності до автономії (догляд), станів порушення прихильності до лікування, коли потрібен контроль симптомів (контроль рівня глюкози в крові при цукровому діабеті; контроль прийому медикаментів тощо);
- 6) на вимогу пацієнта залучення членів сім'ї до обговорення питань щодо лікування.

У процесі лікування захворювання, особливо при тяжкому перебігу, виникає потреба організувати зустрічі з сім'єю на наступних етапах:

1. **Після встановлення діагнозу:** пацієнту і членам його родини розповідають про характер хвороби, можливі методи лікування і варіанти допомоги, на яку вони можуть розраховувати.

2. **При госпіталізації пацієнта,** коли необхідний перегляд цілей і способів лікування.

3. **Організація паліативної допомоги**, коли підтримка хворого з боку сім'ї вкрай важлива для забезпечення якісної допомоги.

4. **Розбіжності у тактиці лікування**, якщо погляди на цілі й методи терапії мають суттєві відмінності зі сторони пацієнта, членів його родини, медичних працівників.

Цілями сумісного консультування пацієнта та його родини, особливо на пізніх стадіях захворювання, є:

— надати достовірну, у відповідності до наявних потреб інформацію про хворобу та лікування;

— визначити потреби родичів, які доглядають за пацієнтом, у зв'язку з допомогою хворому;

— з'ясувати побажання пацієнта і його рідних щодо допомоги в кінці життя і місця смерті у ситуації паліативного лікування;

— звернути увагу на практичні аспекти плану допомоги і вибрати члена сім'ї, який буде приймати рішення в разі неієздатності пацієнта;

— обговорити питання, що стосуються виписки пацієнта й організації допомоги вдома;

— визначити, чи зможе сім'я долати стрес, і при необхідності направити членів родини, які перебувають у групі ризику, до відповідних фахівців.

До таких сімейних консультацій за потреби можна залучати інших спеціалістів (психіатра, психолога, середній медичний персонал, соціального працівника), тому що проблеми родини з тяжким пацієнтом лежать не лише в медичному, але й у біопсихосоціальному вимірі.

Оскільки догляд за хворим усе частіше став здійснюватися на дому, розподіл ролей між членами сім'ї, які доглядають за хворим, став більш чітким. У 70 % випадків основну роль у забезпеченні догляду бере на себе чоловік/дружина пацієнта, в 20 % випадків — діти (переважно дочка й невістка) і приблизно в 10 % випадків — друзі або далекі родичі.

Труднощі, які постають перед лікарем у процесі комунікації з родиною пацієнта: необхідність дотримуватися негласної домовленості про приховування прогнозу; нерозуміння, коли і в якому обсязі надавати інформацію; подолання ослабленої концентрації уваги як наслідку стресу в процесі комунікації; ухильні відповіді пацієнта та членів родини; небажання зайвий раз турбувати, бути вісником поганих новин; категорична відмова від медичної допомоги, незгода з запропонованою тактикою лікування.

Активна участь членів сім'ї у допомозі пацієнту вимагає здійснення відповідного навчання родичів питанням догляду зі сторони медичного персоналу. Зміст навчальних занять для осіб, які здійснюють догляд за хворим, включає:

— оцінку симптомів та їх усунення;

— використання медичних препаратів;

- допомогу пацієнту в пересуванні, переміщенні з ліжка, перевдяганні, приготуванні їжі, годуванні, транспортуванні в медичний заклад;
- взаємодію з лікарями та іншим медичним персоналом;
- узгодження відвідувань хворого друзями і волонтерами.

Потреба в інформації виділяється як ключова потреба доглядаючих за хворим, особливо якщо пацієнт перебуває вдома і забезпечення необхідною інформацією допомагає максимально знизити втому та психічне виснаження. Окрім медичних, значне місце займають питання психосоціального характеру, вирішення яких суттєво підвищує якість життя родини.

До сімей з особливими потребами відносяться родини, у яких малі діти втрачають батьків і залишаються сиротами, сім'ї з літніми батьками, обтяженими дорослими дітьми з обмеженими фізичними або розумовими здібностями, а також сім'ї, розділені еміграцією або з якої-небудь іншої причини розлучені з родичами і позбавлені їх підтримки.

**Найпоширеніші теми для обговорення на зустрічах із сім'єю** у ситуації отримання пацієнтом паліативної допомоги наступні:

1. Характер захворювання і його симптоми.
2. Прогноз і припущення щодо подальшого перебігу хвороби.
3. Обов'язки доглядаючих за хворим, пов'язані з полегшенням симптомів, забезпеченням пацієнта лікарськими препаратами та задоволенням його потреб.
4. Взаємодія з медичним персоналом.
5. Емоційні вимоги до особи, яка здійснює догляд.
6. Важливість відпочинку й турботи доглядаючого про себе.
7. Чого слід очікувати в разі наближення смерті.
8. Як розмовляти з пацієнтом про смерть і про те, що він вмирає.
9. Прощання з вмираючим.
10. Як організувати смерть вдома.
11. Позитивні моменти догляду за хворим.
12. Робота в команді і допомога особі, яка здійснює догляд.
13. Коли і як звертатися за допомогою.
14. Допомога волонтерів та інші види суспільної підтримки.

## 8.4. Загальні принципи взаємодії з родичами пацієнта

*Мухаровська І.Р.*

### **8.4.1. Підготовка до спілкування з родичами пацієнта**

1. Сприймати спілкування з родичами пацієнта як важливу складову лікувальної роботи.

2. Підготуватися до спілкування з родичами пацієнта: уточнити час та дату розмови, при необхідності домовитися заздалегідь і узгодити деталі розмови, якщо необхідно певне сприяння родичів: в організації догляду, допомозі в транспортуванні, якщо виявлено серйозне захворювання або стан, що загрожує життю пацієнта.

3. Підготувати робоче місце, документи, мати охайний зовнішній вигляд, приділити особливу увагу морально-психологічному настрою, чітко визначити тему і стиль бесіди.

4. Володіти вичерпною та достовірною інформацією про стан пацієнта на поточний момент.

5. Отримати згоду від пацієнта на спілкування з родичами. Якщо пацієнт перебуває в адекватному стані свідомості, уточнити в нього:

— кому з родичів він дозволяє надавати інформацію про його захворювання, а кому — категорично обмежує;

— в якому обсязі (повну, вибірково);

— якого характеру (наприклад, окрім негативної);

— у присутності пацієнта чи наодинці.

6. Виділити для бесіди достатню кількість часу (не менше 3–4 хвилини), у відповідних умовах (тихе місце, без сторонніх осіб).

#### ***8.4.2. Проведення бесіди з родичами пацієнта***

1. Привітатися з родичем (-ами) пацієнта, представитися.

2. Звертатися до родичів шанобливо, на ім'я та по-батькові (дізнатися при необхідності, уточнивши ступінь спорідненості із пацієнтом), говорити доступною для них мовою, пояснюючи професійні терміни.

3. Об'єктивно, без емоційних та особистісних оцінок надавати інформацію про пацієнта.

4. Використовувати індивідуальний підхід до родичів пацієнта, орієнтуючись на їх психосоматичний стан, рівень медичної освіченості, при цьому спілкування має бути максимально ввічливим і коректним.

5. Демонструвати повну зацікавленість, увагу до співрозмовників; протягом усієї бесіди зберігати доброзичливий, коректний тон, позитивну атмосферу, надавати психологічну підтримку, заспокоювати, підбадьорювати (вербально і невербально).

6. Уважно вислуховувати, повторювати ключові фрази, резюмувати.

7. Обов'язково проінформувати:

— про можливі ризики тих чи інших діагностичних та лікувальних процедур, обґрунтувавши необхідність їх проведення;

— про можливі ускладнення наявного патологічного процесу, які можуть виникнути при природному перебігу захворювання (уникнути тлумачення ускладнень як наслідків проведеного лікування);

— розповісти про використовувані та заплановані заходи профілактики ускладнень.

8. Повідомити про досягнуті успіхи, підкреслити роль проведеного кваліфікованого лікування у вашій лікарні.

9. Інформувати родичів про режим і правила відвідування.

10. Давати рекомендації.

11. Цікавитися, чи є запитання, відповідати за їх наявності.

12. Вміти контролювати свої емоції.

13. Керувати бесідою, мати стандартні фрази для різних варіантів розвитку бесіди, використовувати цільові запитання.

14. Впевнитися в адекватності, правильності розуміння співрозмовником отриманої інформації.

15. Надавати інформацію тільки в рамках своєї посадової компетенції, дотримуючись нормативно-правових документів.

16. Вміти коректно перервати розмову в випадку виникнення екстреного питання.

17. При загрозі виникнення конфліктної ситуації перевести розмову, довести до відома завідувача відділення.

18. При взаємодії зі «складними» родичами пацієнта запрошувати колег як свідків їх (неадекватної) поведінки.

19. Підбити підсумок бесіди, подякувати, висловити надію на успіх, попроситися.

**Принципи комунікації під час сімейної консультації.** Спочатку лікарю потрібно налагодити контакт з усіма присутніми, запропонувавши всім по черзі назвати ім'я, вік (при необхідності), рід діяльності, місце проживання і характер зв'язку з пацієнтом. Крім того, спільно обговорюється порядок денний, кожен ділиться очікуваннями від зустрічі, щоб прояснити позиції учасників до початку бесіди. Центральне питання зустрічі, що об'єднує всіх учасників: *що краще для пацієнта?* На даному етапі використовуються лінійні запитання, необхідні для обміну думками між лікарем та родиною, як можливість висловлення персональної позиції та точки зору. Важливо не брати чийсь сторону в спірних питаннях, оскільки, втрачаючи нейтральну позицію, складно здійснювати вплив на сім'ю у бажаному для лікування напрямі.

*Комунікативні прийоми для проведення зустрічей з родиною*

**Циркулярні запитання.** Попросити кожного члена сім'ї висловитися по черзі з приводу певного аспекту, щоб пробудити зацікавленість, спонукати членів сім'ї до групових роздумів. Наприклад: *«Як ваші брати і сестри справляються з хворобою батька? Які труднощі у зв'язку з хворобою є найбільш складними для родини?»*



**Рефлексивні запитання.** Запропонуйте членам сім'ї подумати над можливостями, припущеннями і наслідками, щоб пробудити їх внутрішнє прагнення поліпшити ситуацію для пацієнта та родини в цілому. Наприклад: *«Які позитивні сторони ви бачите в тому, що за батьком будуть доглядати вдома? Чому це може бути складно для вашої родини?»*

**Стратегічні запитання.** У цьому випадку формулювання запитання може містити в собі рішення. Такі запитання потрібні для того, щоб підштовхнути сім'ю до рішення, яке вважається кращим. Наприклад: *«Які зміни в стані батька повинні відбутися, щоб ви зрозуміли, що йому необхідно місце в хоспісі?»*

**Підбивання підсумків щодо завдань,** які постають перед сім'єю. Думки всіх членів сім'ї ще раз озвучуються для того, щоб виділити ступінь напруження або неузгодженість різних точок зору. Лікар зберігає професійний нейтралітет, спонукає вирішувати подальші проблеми всією сім'єю. Наприклад: *«Вся сім'я визнає бажання батька померти вдома і готовність вашої матері виконати його бажання, проте ви вважаєте, що зі станом батька стає неможливо справлятися і що для матері це важка ноша. Простої відповіді тут немає: що б ви не вирішили, усім вам на якийсь час доведеться справлятися з великими труднощами».*

Доречний комунікативний прийом для досягнення консенсусу або, щонайменше, позначення відмінностей у позиціях різних членів сім'ї — резюмувати результати бесіди, відобразивши напруження між різними точками зору членів сім'ї. Мета полягає не в тому, щоб прийти до рішення, але в тому, щоб виявити недоліки й переваги варіантів вибору, при цьому свідомо залишаючи прийняття рішення за сім'єю. Подальше рішення проблем за допомогою досягнення згоди або пошуку компромісу робиться сім'єю. У деяких випадках лікар може дати однозначну пораду; наприклад, коли це стосується рекомендацій щодо майбутнього лікування або відмови від марної медичної допомоги.

Якщо відкласти виконання запропонованої лікарем рекомендації на невизначений час, у сім'ї буде можливість з більшою готовністю погодитися з позицією лікаря, ніж в ситуаціях, коли його точка зору може бути нав'язана. Може також допомогти підтвердження лікарем важливості співпраці і спільного обговорення питань.

Зустріч із родиною зазвичай ділиться на два окремих етапи: перший присвячений обговоренню медичних питань, а другий — психологічних проблем. У першій, медичній частині обговорюються питання про хворобу як таку, про методи її лікування на даному і наступних етапах.

Мета цього етапу зустрічі — пояснити й уточнити питання, що стосуються майбутньої допомоги хворому, і скласти план допомоги. Психологічна частина спрямована на прояснення способів психологічного

подолання труднощів і емоційної реакції на хворобу, включаючи її вплив на пацієнта і на життя кожного члена сім'ї. Дуже часто члени сім'ї висловлюють свої емоції за допомогою наративного підходу, розповідаючи про життя до поставленого діагнозу і після початку лікування.

Протягом цієї двоетапної зустрічі члени сім'ї мають можливість зрозуміти, що і з якої причини відбувається з пацієнтом, зрозуміти основні аспекти лікування, висловити свої страхи і сумніви, отримавши при цьому підтримку. А команда фахівців — отримати інформацію про особливості функціонування родини пацієнта, що важливо для сім'ї, який стиль взаємодії та прийняття рішень, хто в родині відчуває найбільший стрес, і відповідно окреслити оптимальні заходи допомоги, спрямувати ресурси сім'ї на спільну роботу та взаємопідтримку.

Завдяки таким зустрічам підкреслюється цінність сім'ї, уточнюються особливості ситуації, що склалася, і завдання лікування, вирішуються проблеми, а також пропонується модель взаємодії, в основі якої лежить робота в команді, взаємна повага, відкрите і чесне спілкування.

**Основні комунікативні завдання в рамках проведення зустрічей із сім'єю.** Комунікативні завдання представляють собою як практичні завдання, так і конкретні дії, що сприяють досягненню комунікативної мети зустрічі з родиною.

Деякі з них, що мають особливе значення, перераховані нижче.

— Організація зустрічі. Сюди входить визначення кола найбільш значущих для пацієнта членів сім'ї або окремих людей, присутність яких необхідна. Які родичі або інші люди можуть зробити зустріч більш значущою і висловити думки? Чи необхідна присутність пацієнта і його участь у зборах? Що може завадити зустрічі? Який медичний персонал знадобиться для надання медичної допомоги, догляду, психологічної та духовної підтримки?

— Інші фахівці, які будуть вести зустріч.

Важливо прояснити, чи є в конкретному випадку медичні завдання, які відрізняються від психологічних потреб. Чи варто їх розділити на дві окремі групи для різних етапів зустрічі? Організатори повинні до початку зборів обговорити ролі один одного і порядок ведення зустрічі. Медичні питання завжди стосуються пояснення, планування й уточнення проблем; психологічні питання більше фокусуються на необхідності вислухати, на емпатії та створенні впевненості в підтримці. Зміст цих двох етапів може сильно відрізнитися, унаслідок чого доцільно створити таку структуру зустрічі, яка дозволяє повністю завершити обговорення питань у першій частині, до початку переходу до другої.

— Урахування культурних особливостей і уникнення зіткнення культур. Етнічне походження та сімейне оточення прямо впливають на спо-

сіб сім'ї боротися зі хворобою. Слід детально з'ясувати, як сім'я розуміє хворобу і способи її лікування, що вона знає про розвиток і ступінь серйозності захворювання, які цінності та релігійні уявлення сім'ї, а також зрозуміти, які повинні бути цілі допомоги на даному етапі розвитку хвороби. До того ж важливо прояснити, з яких питань досягнуто згоди, а в чому думки розходяться.

— Розуміння сильних і слабких сторін сім'ї. Сімейні традиції, норми і цінності можна використовувати для допомоги родині в адаптації до важкої ситуації, якщо ви переконалися, що це сильна сторона сім'ї, яка урівноважує її занепокоєння і переживання. Для складання будь-якого практичного плану на майбутнє вкрай важливо зрозуміти, якою є реальність, в якій живе ця сім'я.

— Визначення ресурсів, доступних для сім'ї та пацієнта. Це можуть бути освітні матеріали, відеозаписи, інтернет-сайти, інші джерела інформації, а також допомога патронажної медичної сестри і відповідних служб підтримки.

— Обговорення подальших дій. Детально поясніть, що буде відбуватися далі, які наступні кроки і хто буде погоджувати їх із пацієнтом і його сім'єю. Чи є член сім'ї, який готовий продовжувати підтримувати зв'язок?

#### **Стандартна послідовність стратегій для проведення зустрічі з сім'єю.**

Під послідовністю стратегій маються на увазі попередні плани дій, що сприяють досягненню комунікативних цілей зустрічі. Незважаючи на те, що немає необхідності суворо дотримуватися встановленого порядку дій і його можна адаптувати під конкретну сім'ю, такий порядок має істотно логічне обґрунтування.

Після привітання формується порядок дня за рахунок визначення цілей спільної зустрічі: прояснити, яка в пацієнта стадія розвитку захворювання; зрозуміти, що буде необхідно сім'ї для допомоги пацієнту; забезпечити оптимальні умови для подальшої взаємодії.

Організатори зустрічі визначають, які питання члени родини мають потребу обговорити, прояснюють розуміння поточної ситуації і цілей лікування, уявлення та очікування щодо майбутнього. Важливо поговорити про появу нових симптомів та способи втручання, визначити відповідальних за допомогу пацієнту при перебуванні вдома чи на стаціонарному лікуванні. Після того як учасники зустрічі обговорять цілі допомоги і методи їх реалізації, організаторам потрібно провести оцінку емоційного стану сім'ї, впевнитися у вирішенні всіх поточних питань, у сімейній взаємопідтримці та готовності команди фахівців надавати допомогу.

*Стандартна послідовність стратегій для проведення зустрічі з родиною в рамках лікування та паліативної допомоги, табл. 8.1.*

1. Запланувати зустріч із сім'єю і завчасно підготуватися до неї.
2. Привітатися з членами сім'ї і зорієнтувати їх щодо мети спільної зустрічі.
3. Переконатися, що кожен член сім'ї усвідомлює серйозність захворювання і прогноз.
4. Переконатися в узгодженості поточних цілей допомоги.
5. Виявити наявність проблеми з полегшенням основних симптомів і необхідність допомоги в догляді за пацієнтом.
6. Прояснити уявлення членів сім'ї про своє майбутнє.
7. Визначити емоційний стан членів сім'ї та їх спосіб подолання труднощів.

**Таблиця 8.1. Основні елементи комунікації для проведення зустрічі з родиною**

Стратегія	Прийоми	Завдання
1	2	3
1. Запланувати зустріч із родиною і завчасно підготуватися до неї	Прояснювати незрозумілі моменти. Запропонувати поставити запитання. Переформулювати	Подумати, кому важливо бути на зустрічі, запросити; обґрунтувати необхідність зустрічі та розповісти про те, яку вона матиме користь; поставитися з розумінням до того, що заважає членам сім'ї бути присутніми на зустрічі. Визначитися, чи буде на зустрічі сам пацієнт, хто буде вести зустріч, які фахівці потрібні на зустрічі, хто буде допомагати ведучому. Забезпечити окреме місце для розмови
2. Привітатися з членами сім'ї та зорієнтувати їх щодо мети спільної зустрічі	Перерахувати питання для обговорення, з урахуванням запиту родини. Обговорити питання. Ставити відкриті запитання. Прояснювати незрозуміле. Переформулювати	Представитися, надати кожному можливість висловитися. Залучати всіх присутніх до участі. Знижувати напруженість у спілкуванні
3. Переконатися, що кожен член сім'ї розуміє серйозність захворювання і прогноз	Ставити відкриті запитання, циркулярні запитання. Переконатися в тому, що вас зрозуміли. Поставитися до присутніх із розумінням, визнати їх право на свою позицію	Ще раз проговорити діагноз. Показати серйозність захворювання. Пояснити причини для госпіталізації хворого. Виявити побювання кожного члена сім'ї. Зафіксувати, в чому присутні згодні, а в чому їх думки розходяться. Виявляти повагу до уявлень, обумовлених культурною приналежністю. Підтримувати членів сім'ї в їх прагненні захистити пацієнта і в бажанні допомогти йому

Продовження табл. 8.1

1	2	3
4. Переконатися в узгодженості поточних цілей допомоги	Ставити відкриті і циркулярні запитання. Роз'яснювати незрозумілі моменти. Переформувати. Резюмувати сказане	Показати подібності і відмінності цілей медичної, медсестринської, соціальної, психологічної та духовної допомоги. За потреби делікатно переконатися в тому, що уявлення учасників зустрічі відповідають реальності. Усунути непорозуміння
5. Виявити основні проблеми з корекцією симптомів і уточнити, чи потрібна допомога в догляді за пацієнтом	Ставити відкриті запитання. Ознайомитися з інформацією. Переконатися в тому, що вас зрозуміли. Прояснювати незрозумілі моменти. Резюмувати сказане. Підкреслювати важливість співпраці	Прояснити наступні питання. Що переживають члени сім'ї з приводу лікування? Чи представляють труднощі гігієнічний догляд, перевезення пацієнта? Чи може сім'я оцінити власні ресурси і чи потрібна їм додаткова допомога? Чи турбують їх фінансові питання? Чи потрібна допомога в пошуку того, хто може періодично замінити доглядаючого за пацієнтом? Надати їм необхідну інформацію
6. Прояснити уявлення членів родини про своє майбутнє	Ставити відкриті запитання. Прояснювати незрозумілі моменти. Переформувати, резюмувати сказане. Підкреслювати важливість співробітництва	Чи є в пацієнта план допомоги в кінці життя? Призначена довірена особа? Чи обговорювалося місце смерті? Обговорити культурні та релігійні питання. Якщо пацієнт хоче померти дома, хто з його членів родини буде забезпечувати догляд за ним? Якщо в лікарні, то хто буде допомагати і підтримувати хворого? Надати необхідну інформацію
7. Визначити емоційний стан членів родини і їх спосіб психологічного подолання труднощів	Ставити циркулярні, стратегічні та рефлексивні запитання. Визнавати емоції учасників зустрічі, створюючи умови для їх вираження, визнавати правомірність їх емоцій, підтверджувати, що їх переживання нормальні	Проаналізувати здатність родини до співробітництва, приділивши особливу увагу їх спілкуванню, зв'язку і способам вирішення конфліктних ситуацій. Визначити, хто з членів родини знаходиться у групі ризику чи дає привід близьким для занепокоєння. Обговорити, що буде необхідно окремому члену родини чи всій родині для надання допомоги пацієнту
8. Виявити у членів родини їх сильні сторони, визначити їх відповідальність і підтвердити готовність надавати підтримку один одному	Ставити циркулярні, стратегічні та рефлексивні запитання. Відмітити зусилля родини. Поставитися до родини з розумінням, визнати її право на свою позицію	Дізнатися про сімейні та духовні традиції родини, культурні цінності

**Закінчення табл. 8.1**

1	2	3
9. Завершити зустріч заключним оглядом досягнутих домовленостей і цілей допомоги, плану догляду	Резюмувати сказане. Запропонувати ставити запитання. Визнати право учасників на свою позицію. Підкреслити важливість співробітництва. Виразити готовність допомогти. Ще раз перерахувати подальші кроки	Забезпечити родину освітніми матеріалами. Ще раз пояснити плани на майбутнє. Порадити членам родини, які знаходяться у групі ризику, звернутися за психологічною допомогою. Обговорити, як передати зміст зустрічі пацієнту, якщо він відсутній

8. Виявити у членів сім'ї їх сильні сторони і ще раз позначити ступінь їх відповідальності і готовність надавати підтримку один одному.

9. Завершити зустріч заключним оглядом узгоджених цілей допомоги.

Немає необхідності використовувати всі зазначені навпроти кожної стратегії прийоми, але їх можна підбирати під ситуацію конкретної сім'ї.

Зустрічі з родиною відіграють важливу роль у наданні комплексної допомоги хворому, особливо в разі прогресуючого захворювання і коли основна увага приділяється паліативній допомозі. На таких зустрічах підкреслюється важливість участі сім'ї в допомозі пацієнту і створюється атмосфера взаємної підтримки, оцінюються динаміка взаємодії в сім'ї, обговорюються і цілі наданої допомоги, і подальші кроки, визначаються конкретні проблеми, позначаються шляхи їх вирішення, демонструється готовність надавати підтримку, пропонується спосіб досягнення згоди і розвивається вміння сім'ї разом вирішувати проблеми.

## **8.5. Окремі проблеми комунікації лікаря з сім'єю пацієнта**

### ***8.5.1. Різниця поінформованості родичів пацієнта та самого пацієнта***

*Мухаровська І.Р., Дорохіна А.О.*

Різниця у рівні поінформованості пацієнта та родича часом може бути підставою для виникнення непорозумінь, конфліктів у спілкуванні в родині та з медичними працівниками, а також інформаційної ізоляції пацієнта.

Найчастіше подібна ситуація виникає, коли прогноз хвороби пацієнта несприятливий. «Негативні новини» викликають у членів родини

низку психологічних реакцій, які можуть реалізовуватися у надмірній турботі, гіперопіці чи навпаки — дистанціюванні від пацієнта, перешіптуванні членів сім'ї та припиненні розмов про захворювання, коли пацієнт заходить до кімнати, переведенні погляду, мовчанні, спробах задовольнити найменші побажання пацієнта. Така зміна поведінки родичів у пацієнта, який не має реальної інформації щодо свого стану, часто викликає нерозуміння, настороженість, відчуття обману з боку рідних та медичних працівників. Пацієнт, інтуїтивно відчуваючи негативні зміни у своєму стані, ставленні до себе оточення і неможливість обговорити свій стан та потреби, залишається на самоті зі своїми переживаннями та проблемами, що є підґрунтям у тому числі і для розвитку психічних розладів.

Подібна комунікативна проблема може виникати як наслідок:

1) відсутності достатньої компетенції у лікаря щодо повідомлення «негативних новин», що зумовлена: малим стажем медичної практики та відсутністю досвіду роботи з важким контингентом пацієнтів; особистою позицією лікаря, що «негативні новини забирають у пацієнта надію, призводять до депресії, суїцидальних думок, тому краще незнання, ніж гірка правда»; байдужістю до ситуації та стану пацієнта;

2) складності психологічного чи психосоціального статусу пацієнта, а саме: психічних розладів, що можуть загострюватися на фоні додаткового стресу; суїцидальних висловлювань чи спроб в анамнезі; тиску родини на лікаря та адміністрацію закладу.

### **8.5.2. Родичі обмежують інформацію для пацієнта**

*Мухаровська І.Р.*

Коли члени родини просять лікаря не повідомляти «негативні новини» самому пацієнту (про погіршення стану здоров'я, виникнення ускладнень тощо), лікарська тактика є наступною.

1. *Варто з'ясувати причини* прохання членів родини не повідомляти пацієнту інформацію про стан його здоров'я:

— страх зіштовхнутися з бурхливими емоціями пацієнта та відчуття, що вони з цим не впораються;

— переживання, що в пацієнта розвинеться депресія та він може вчинити суїцид;

— релігійні, культурні особливості;

— особливий контекст ситуації.

2. *Поясніть*, до чого може призводити неповідомлення достовірної інформації про стан здоров'я пацієнта у випадку його бажання про це знати з юридичної та психологічної точки зору.

*З юридичної точки зору це:* порушення прав пацієнта; неможливість вчасно владнати юридичні аспекти — заповіт, оформлення опікунства.

*З психологічної точки зору це:* сприяння пасивній позиції пацієнта у лікуванні, зниження його відповідальності за результат; обмеження свободи волі та вибору приймати рішення щодо свого життя (тіла); невідомість, що викликає та посилює тривогу; невідповідність фізичного самопочуття пацієнта та наданої інформації про стан здоров'я (пацієнтові стає гірше, а його запевняють, що все гаразд). Крім того, коли рідні пацієнта знають більше, ніж пацієнт, вони проходять стадії реагування на складну хворобу (шок, заперечення, гнів, торгівля, депресія, прийняття) раніше за пацієнта, що формує відчуження у родині.

3. *Запропонуйте способи*, якими можна зменшити вплив негативної звістки: план медичної допомоги, який допоможе максимально вирішити проблеми зі здоров'ям пацієнта; допомогу психолога у разі виникнення важких психічних реакцій.

Порушення комунікації з пацієнтом щодо діагнозу, прогнозу, змін стану призводить до численних проблем: зниження довіри до лікаря, комплаєнсу, ятрогенії. Відповідно, у випадку труднощів із повідомленням «негативних новин» необхідно визначити причини та чинники, план подолання негативних реакцій пацієнта у разі їх виникнення (бесіда з родиною, залучення психолога, застосування психофармакотерапії тощо).

### **8.5.3. Родичі втручаються у процес терапії**

*Мухаровська І.Р.*

Коли родичі активно втручаються в лікувальний процес, тактика лікаря має бути наступною: обмежити кількість родичів, з якими лікар готовий спілкуватися, до 1–2 людей; з'ясувати, що змушує родича долучатися до лікувального процесу; провести роз'яснювальну бесіду, у якій чітко окреслити права та обов'язки всіх залучених сторін; пояснити, що лікар не може гарантувати, який буде результат терапії, у разі втручання в лікування; наголосити на відповідальності родича за ймовірні негативні (або інші) наслідки втручання; досягти домовленості.

Пам'ятайте, потрібно обрати таку людину з членів сім'ї, яка поділяє погляди лікаря на хворобу та підтримуватиме лікувальну тактику.



*Роль медичної просвіти родини.* Хронічний перебіг захворювання з поступовим прогресуванням клінічної симптоматики, виникненням ускладнень часто супроводжується зниженням працездатності пацієнта, можливостей контролю функцій організму, фізичної автономії, здатності до самообслуговування, дотримання особистої гігієни, тому значення родини як зовнішнього ресурсу зростає.

Часто родичі не мають базових медичних знань щодо хвороби пацієнта та навичок догляду за ним, що може спричинити погіршення стану пацієнта вдома, поза лікувальним закладом.

Відповідно, членів сім'ї важливо забезпечити інформацією та навчити базових медичних навичок, що дозволяють проводити необхідний моніторинг стану пацієнта, здійснювати догляд за пацієнтом в умовах поза лікувальним закладом. До таких навичок належать: визначення родичами провідних симптомів погіршення стану пацієнта, коли потрібно звертатися за медичною допомогою; забезпечення родичами режиму та відповідального прийому пацієнтом лікарських засобів; виконання родичами медичних процедур, що можуть проводитися вдома (санация ротової порожнини, поверхнева зміна пов'язки, профілактика пролежнів та інше).

#### **8.5.4. Проблемні ситуації в комунікації з батьками хворої дитини**

*Дорохіна А.О.*

Залучення батьків/опікунів до лікування дітей є досить типовою ситуацією. Головні завдання комунікації лікаря з батьками дітей-пацієнтів полягають у створенні довірчих та підтримуючих відносин, у яких наявний якомога більш чітко визначений розподіл завдань та ролей щодо діагностичних процедур, лікування та догляду. Батьки, таким чином, будуть розуміти, як відбувається надання медичної допомоги їхній дитині та які функціональні ролі покладені безпосередньо на них, зокрема з догляду (наприклад, вимірювання температури, зміна пов'язки, інші процедури, яких потребує стан їхньої дитини та які не потребують спеціальних медичних знань та навичок, відповідно до призначення лікаря).

Під час надання інформації батькам важливо, що лікар урахує їх думку; відповідно, потрібно пояснити в доступній формі інформацію щодо стану дитини та окреслити, якого приблизного змісту запитання ставити стосовно лікувально-діагностичного процесу їхньої дитини. Лікар може порадишити завести спеціальний записник, у який заносити питання та відповіді щодо лікування дитини. Таким чином, можна

структурувати взаємодію, заощадити та ефективно використовувати час як лікаря, так і самих родичів дитини-пацієнта.

Розглянемо випадки, коли для лікаря взаємодія з батьками/родичами/опікунами постає з нетипового боку та вимагає особливо ретельного підходу до професійної комунікації.

**Дитина — пацієнт із паліативним станом або з невизначеним прогнозом.** Хворобливий стан із невизначеним прогнозом передбачає, що захворювання прогресує, а лікування, що застосовується, не гарантує одужання. Нерозуміння батьками значення медичних термінів, зокрема «паліативна допомога», призводить переважно до дезадаптивних способів їх реагування на ситуацію, а саме:

- *засмучення* є природною реакцією батьків/опікунів на повідомлення про несприятливий прогноз щодо стану дитини;

- *розпач, розчарування та відмова від лікування* є нечастими, але можливими видами реагування;

- *заперечення невиліковності стану* («лікар, напевно, помилився, адже цього не може бути»);

- *безпідставне наполягання* батьків/опікунів щодо направлення дитини на додаткове обстеження, консультацію та/або лікування до іншого закладу (наприклад, вишого рівня спеціалізації або відомого із засобів масової інформації);

- *зовнішнє/візуальне прийняття ситуації*, проте водночас *внутрішня/поведінкова незгода* із стратегією переходу від радикального (куративного) до паліативного (підтримуючого) лікування.

Дезадаптивні способи реагування важливо перевести у співпрацю щодо догляду за дитиною-пацієнтом шляхом роз'яснення та розробки й прийняття спільної тактики. Метою професійної комунікації є створення правильної мотивації учасників лікувального процесу з боку родичів, яка базується на відповідному розумінні ситуації та наявних можливостях.

Невизначеність від незнання і нерозуміння ситуації та можливості брати участь в лікуванні дитини досить часто спричиняє конфлікт з боку батьків, який буде спрямований на лікаря та інших учасників медичної команди лікувального закладу. Надання прогностичної правдивої інформації лікарем у спокійному та підтримуючому тоні полегшує невизначеність та зменшує рівень тривожності у родичів навіть при тому, що повідомлення неприємне за змістом.

Таким чином, вчасно та в максимально достатньому обсязі надана лікарем інформація у доступній формі є одним з ефективних методів профілактики конфліктів у педіатричній практиці.

**Дитина — пацієнт із прогресуючим станом, що неминуче завершиться смертю дитини.** Смерть дитини для батьків — це кризовий стан, який відноситься до найбільш критичних за рівнем втрат емоційних, ціннісних, мотиваційних, а також перспектив подальшого життя та можливості постановки життєвих цілей. У педіатричній практиці для лікаря та родичів смерть дитини-пацієнта створює значний емоційний стрес, навіть у випадках, коли летальний прогноз захворювання є передбачуваним.

У таких випадках ефективний наступний алгоритм спілкування з батьками:

1. Висловити свою залученість у ситуацію: *«Я б хотів/ла, щоб у мене були для вас кращі новини», «Я підтримую ваше бажання застосування найкращих методів обстеження/лікування для вашої дитини»* — такими словами лікар дає батькам зрозуміти, що йому важливо, як вони себе почувають (емоційна складова).

2. Висловити свою турботу щодо стану дитини і таким чином проявити свою залученість у ситуацію (раціональна складова та щирість): *«Незважаючи на все, що ми робимо... ми не можемо гарантувати, що вдасться досягти покращення стану вашої дитини», «Мені здається, що стан дуже важкий», «Мені здається, що часу мало».*

3. Зацікавленість та ненав'язлива рекомендація: *«Які у вас очікування від?...», «Чи буде краще для вас побути наодинці?», «Ви бажаєте щось розповісти про вашу дитину?», «Чим ви схвильовані зараз?», «Ви маєте кому зателефонувати, щоб почуватися краще?»* — таким чином лікар надає реальні практичні підказки щодо того, що варто зробити, тон голосу має бути спокійним, без тиску.

**Неконструктивна комунікація з батьками/опікунами дитини-пацієнта.** У практиці лікувальних закладів для дітей можливі ситуації, в яких лікар та інші учасники медичної команди доклали всіх зусиль і при цьому комунікація з деякими родичами неконструктивна. Лікарям важливо із розумінням поставитися до емоційного стану родини та тих обставин, у яких вона живе поза лікувальним процесом. Професійна поведінка з повагою до інших точок зору, зокрема протилежних до власного погляду, буде вірною стратегією.

Роботу з емоціями та поглядами учасників медичної команди необхідно проводити періодично, при цьому особливого розбору потребують випадки невдалої комунікації з метою оптимізації взаємодії в команді в подальшому. Звинувачувати родичів у негативних результатах лікування дитини — непрофесійно, проте надавати вірну інформацію,

що стосується лікування та догляду, — необхідно. У таких випадках може бути застосована стратегія надання інформації у письмовій формі з коротким поясненням призначень.

### ***8.5.5. Повідомлення родини про смерть пацієнта***

*Мухаровська І.Р.*

Не завжди медицина може зберегти життя пацієнта, й у разі його смерті на медичних працівників покладається завдання повідомити про це родину померлого. Несприятливою є ситуація, коли пацієнта лікував один лікар, а повідомляє про смерть пацієнта інший. У таких обставинах родичі пацієнта можуть припустити, що лікар почувається винним за невдале лікування, зробив фатальну помилку чи проявив некомпетентність, яка призвела до незворотних наслідків. Тому в такій ситуації пріоритет у повідомленні про смерть пацієнта надається лікареві, який безпосередньо займався лікуванням пацієнта.

Можна виділити два варіанти ситуації, коли лікареві доводиться повідомляти родину про смерть пацієнта: лікар тривалий час лікував пацієнта (хронічні хвороби); лікар надавав медичну допомогу, але не знав пацієнта особисто (невідкладні стани).

Відмінність цих ситуацій полягає у мірі особистісної залученості лікаря, коли у першому випадку існує певна історія взаємин, знайомство з членами родини, тоді як в іншому — відсутність будь-якої інформації про пацієнта і його оточення. Кожен з варіантів має свої переваги та слабкі сторони. У разі тривалої взаємодії формується певний міжособистісний зв'язок — взаємини, які розриваються, можуть викликати почуття втрати та горювання у самого лікаря, іноді почуття провини за невдалу допомогу. Залежно від характеру взаємин лікаря — пацієнта — родичів можуть бути присутні як негативні — звинувачення лікаря, так і позитивні чинники — вдячність за допомогу, що будуть впливати на психологічний стан і сім'ї після втрати близького, і лікаря. У другому випадку лікар менш обтяжений зв'язком із пацієнтом та його родиною, але відсутні й важелі психологічного впливу — заспокоєння, втішення, підтримка у процесі спілкування з родиною в подібній ситуації.

З точки зору комунікації звістки про смерть пацієнта можна віднести до ситуації повідомлення поганих новин, відповідно, в основі інформування лежать принципи та техніки, які більш детально описані у розділі 4.

При повідомленні про смерть пацієнта потрібно пам'ятати наступне:

— необхідно психологічно налаштуватися, що у відповідь на звістку про смерть близької людини родич виявлятиме бурхливу емоційну реакцію;

— продумати, що саме ви будете казати, місце розмови, виділити час для бесіди;

— застосувати ввідну техніку «попередження», наприклад: *«Стан пацієнта при надходженні був дуже важким, ми застосували всі наявні засоби та залучили найкращих спеціалістів, але, на жаль, нам не вдалося стабілізувати стан вашого близького...»*;

— висловити співчуття з приводу втрати;

— спиратися на знання, які вже наявні в родичів;

— не конфронтувати у відповідь на образи, звинувачення родича;

— продумати, кого ви можете залучити до розмови, якщо очікуєте вкрай негативної реакції людини (психолога, іншого родича, більш досвідченого колегу);

— дайте час усвідомити новину, після чого поясніть подальші дії родича, пов'язані з вирішенням процедурних питань (довідка про смерть, заява про відмову від розтину, інше);

— у разі бурхливої реакції, що супроводжується плачем, криком, бажано відвести родича у приміщення, віддалене від палат та інших відвідувачів, щоб не загострювати психічний стан інших пацієнтів.

Родич, якому повідомляють про смерть близької людини, повинен чітко розуміти, з ким він спілкується в даний момент. Тому лікар повинен чітко представитися, повідомити свій статус та ім'я. Найчастіше людина, що отримує інформацію про смерть, сідає на стілець, кушетку, диван або, навпаки, встає, що вказує на необхідність проводити подібні бесіди в окремих приміщеннях. Лікар для встановлення візуального контакту з родичем має знаходитися на одному рівні: сісти, якщо родич сидить, чи встати, якщо розмова відбувається стоячи.

Тривалі та змістовні розмови з людьми, що сумують, є малоефективними. Відзначимо, що в перші хвилини після отримання інформації про смерть родича людина, яка горює, «нікого не чує», зазвичай відповідає, що почуває себе добре. Деякий час доцільно постійно перебувати в безпосередній близькості з тими, хто горює, ні на секунду не залишаючи людину на самоті, не випускаючи її з поля зору, щоб не пропустити гострий реактивний стан. При цьому не обов'язково з нею розмовляти, можна просто мовчки бути поруч.

Тривалість постійного перебування з людиною, що горює, визначається самим лікарем і залежить від кількох факторів. Якщо перші гострі реакції минули і поруч є близькі люди, то лікар іде, коротко інструктуючи родичів. Якщо родичів поруч немає, то бажано знайти людину, яка продовжуватиме спостерігати здалеку (наприклад, постову медичну сестру).

Однією з найскладніших ситуацій за ступенем негативного впливу на психіку лікаря є ситуація повідомлення батькам про смерть їхньої дитини, тому рекомендується цю процедуру проводити кільком лікарям.

## 8.6. Релігія та ритуали в медичних закладах

*Чабан О.С.*

Останніми десятиліттями значно зросла кількість пацієнтів, що вимагають не тільки поверхневого усунення певних симптомів, але значно глибшої терапії. Усе більше людей звертаються за допомогою через незадоволеність власним життям, роботою, сім'єю, через безпричинну відсутність радості, відчуття самотності, відчуженість від світу та самих себе. У зв'язку з цим з'являється низка напрямків психотерапії, які намагаються задовольнити людські потреби шляхом духовного розвитку. Це виявляється у формі синтезу психотерапії з різними релігійними течіями — буддизмом, раннім християнством, індуїзмом, суфізмом та ін.

Так, засновник гуманістичного психоаналізу Е. Фромм вказує, що «психоаналітичне лікування душі покликане допомогти пацієнту набутти певну установку, яку слід би було назвати релігійною... Воно повинне пробудити в людині здатність дивитися правді в очі, любити, стати вільною, відповідальною і прислухатися до голосу своєї совісті».

К. Юнг, основоположник глибинного психоаналізу, увів у психологію поняття колективного несвідомого, складниками якого є архетипи — прообрази вірувань, почуттів, дій. Центральним архетипом є «самість», яка відповідає за інтегрування та стабільність особистості, являє собою джерело релігійності і водночас є остаточним пунктом розвитку кожного. Тобто релігійність є своєрідним інстинктом, генетично закодованою інформацією, властивою кожній людині. У процесі аналізу «...за чи під світом особистісних фантазій і потягів з'являється ще більш глибокий шар несвідомого. На противагу хаотичності душевних потягів, він наділений вищим порядком і гармонією; на противагу множинності першого, у другому представлена всеохоплююча єдність...».

Дедалі більшого поширення набуває екзистенціальна психологія, представниками якої є Л. Бінсвангер, А. Маслоу, В. Франкл, К. Роджерс. Екзистенціалісти стверджують, що людям властива потреба в трансценденції — вроджене прагнення до переростання себе, до встановлення зв'язку з чимось вищим, схильність до звільнення від обмежень, що накладаються зовнішнім середовищем чи внутрішніми прихильностями. У структурі особистості поруч з біологічним та психолого-соціологічним наявний ще духовний прошарок. Тому, окрім чисто тваринного задоволення через зовнішні джерела цінностей, людині властивий потяг до вищих, вічних, релігійних цінностей.

Завдання психотерапевта — шляхом створення атмосфери свободи, сердечності, тепла допомогти розвинути божественному в пацієнті.

Представники дзен-буддизму також говорять про наявність в людині «глибинного добра». Через систему тренувань вони прагнуть привести людину до стану саторі — просвітлення, яке дає відчуття повноти буття, радість, задоволення.

Ці напрямки психології, як і різні релігійні течії, мають подібність у шляхах зміцнення людської душі — через інтроспекцію за допомогою молитви, медитації, психоаналізу досягти усвідомлення несвідомого, прийняти його, а також відкрити в собі цілісне конструктивне «я».

На звичайному буденному рівні релігійності людина сприймає бога як заступника в складних життєвих ситуаціях, що зменшує відчуття тривоги і страху. З. Фройд взагалі вважав, що бог є лише піднесеним образом власного батька, в якого шукають підтримки.

Зменшення патогенного впливу на свідомість несприятливих переживань на цьому рівні забезпечують також:

- компенсація. При невдачах в якійсь галузі діяльності людина отримує можливість проявити себе в релігійній сфері. Це забезпечує зменшення відчуття неповноцінності;

- фантазування. Зменшення психічного напруження через уявне здійснення богом помсти, покарання ворогів, задоволення ним нездійснених бажань;

- раціоналізація. Сприяє ліквідації відчуття провини. При цьому причини негативних вчинків, істинні мотиви яких знаходяться в несвідомому, пояснюються зовнішньою зумовленістю;

- сублимація. Трансформація і спрямування енергії з інстинктивних, неприйнятних потреб на релігійні.

В міру духовного росту мають місце і такі фактори:

1. Задоволення потреб пізнання, творчого неспокою, пов'язаних з пошуком відповідей на питання про початок і сенс життя, причину зла, страждань, смерть. Релігія забезпечує цілісну систему світосприйняття,

морального оцінювання, впорядковує потік інформації. Психологи розглядають стрес від невизначеності, неупорядкованості як замаскований супутник психічної травми.

Звідси і оптимальна реакція на фрустрацію: на противагу звинуваченню в якійсь невдачі оточуючих, невдалого збігу обставин, самого себе релігійна людина бачить позитивне навіть в неприємних ситуаціях. Наявність системи морального оцінювання сприяє зменшенню напруження і тривоги при прийнятті рішень унаслідок легшого вибору і впевненості в його правильності. Релігійне світосприйняття «...дає групам та індивідам відчуття нескінченності життя, надію на майбутнє, яке тривожить своєю невизначеністю, відчуття стабільного благоденства...».

2. Усунення морального неспокою і нейтралізація почуття провини, відчуття прощення гріхів через сприйняття ідеї спокути.

3. Забезпечення почуття безпеки. Релігія «...переконує в перемозі добра над злом, життя над смертю. Таким чином два основні джерела неспокою й почуття загрози — зло та смерть — зводяться до мінімуму або й зовсім втрачають свою силу».

4. Відчуття зростання, підвищення значимості власного «я», самоповаги. Відбувається зміна фальшивих життєвих цінностей на реальні, гідні людини. Релігія є також сильним мотиваційним фактором для власного розвитку.

5. Забезпечення емоційних потреб через ритуали, обряди. Велику роль відіграють сповідь та молитва, які забезпечують потребу в співчутті, співпереживанні, а також дають можливість розібратися у своїх проблемах шляхом кращого їх усвідомлення через вербалізацію, сприяють розрядці негативних емоційних переживань. Забезпечення емоційних потреб відбувається і завдяки співпереживанню солідарності, належності до релігійної групи, акцептації нею.

6. К. Юнг вважав, що релігійні символи, догмати, ритуали забезпечують оформлення безпосереднього досвіду божественного. Вони захищають психіку від надмірного прориву несвідомого, у символах і догматах асимілюється психічна енергія архетипів. Символи проєктуються назовні, і весь світ стає впорядкованим, хаос перетворюється на космос.

7. Релігійність робить людей альтруїстичними, чуйними до потреб інших, надає їм таких якостей, як м'якість, віра, надія, любов. Любов забезпечує можливість подолати відчуття самотності, відчуженості, ізоляції, звільняє від негативних емоцій — гніву, ненависті, заздрощів, ревнощів. Віра і надія заспокоюють, допомагають подолати депресію.

8. Сповідь, піст, молитва сприяють самозаглибленню, усвідомленню несвідомого. Це веде до припинення проєкції на інших пригнічених у



собі якостей і до «просвітлення», «звільнення». Е. Фромм писав: «Людина в стані пригнічення не бачить того, що існує; вона вкладає свої мислені образи у речі і бачить речі у світлі цих мислених образів та своєї фантазії, а не в їх реальності. Саме це створювання мислених образів, спотворюючої завіси створює і її пристрасті, і тривоги... Стати свідомим щодо до несвідомого і таким чином розширити нашу свідомість означає ввійти в зіткнення з реальністю і — в цьому сенсі — з істиною... Розширити свідомість — значить пробудитися, підняти завісу...» Якщо звичайна людина відчуває себе роздвоєною через боротьбу між різними мотиваційними тенденціями, то усвідомлення релігійною людиною трансцендентного мотиву, який об'єднує всі інші прагнення, сприяє відновленню єдності свого «я».

Для задоволення потреби пацієнта щодо його релігійності в медичних закладах, як правило, створюють відповідні умови. Це може бути і кімната для молитви, і окреме приміщення на території медзакладу або інші варіанти.

У будь-якому разі медперсонал повинен ставитися з повагою та розумінням до вірувань та дотримання релігійних ритуалів пацієнтів, але і пам'ятати про свої прямі обов'язки з надання та дотримання алгоритму медичної допомоги.

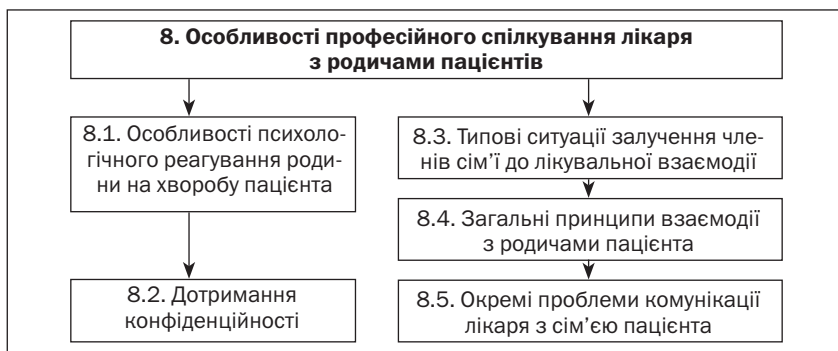


Рисунок 8.1

## Питання для контролю та самоконтролю

1. Назвіть основні дезадаптуючі чинники, пов'язані із захворюванням, які впливають на родину пацієнта.
2. У чому полягають особливості реагування родичів пацієнта у випадку гострої та хронічної патології?

3. Конфіденційність у роботі лікаря при спілкуванні з родиною.
4. Сформулюйте загальні принципи взаємодії з родичами пацієнта.
5. Наведіть типові ситуації залучення членів сім'ї до лікувальної взаємодії. Які моделі поведінки під час хвороби можуть виникати в родині пацієнта?
6. Охарактеризуйте модель гіперопіки, її позитивні та негативні аспекти під час лікування пацієнта.
7. Охарактеризуйте принципи взаємодії з родичами пацієнтів у випадку хронічних прогресивних захворювань.
8. Опишіть алгоритм повідомлення родичів про смерть пацієнта внаслідок хвороби.
9. У чому полягає тактика лікаря, якщо родичі звертаються з проханням обмежити пацієнта у негативній інформації щодо захворювання?
10. У чому полягає роль медичної просвіти членів сім'ї пацієнта та коли вона потрібна?

### Ситуаційні завдання

1. У відділення терапії госпіталізований пацієнт, родичі якого по кілька разів на добу підходили до лікаря у стаціонарі чи телефонували, незважаючи на досить вичерпні пояснення щодо стану пацієнта, який не був важким.

*Якою має бути тактика лікаря у подібній ситуації? Які причини такої поведінки членів родини?*

2. У пацієнта підтверджено загрозливий для життя діагноз. При повідомленні діагнозу членам родини пацієнта родичі звернулися до лікаря з проханням обмежити поінформованість пацієнта щодо реального стану проблеми. Аргументували тим, що вони занепокоєні психічним станом пацієнта, адже, з їхніх слів, в анамнезі був епізод депресивного розладу.

*Якою має бути тактика лікаря в такому випадку? Яких помилок припустився лікар?*

3. Після прийому пацієнтки до лікаря звернувся її чоловік із проханням поінформувати його щодо стану дружини.

*Якою має бути тактика лікаря в такому випадку? Якими можуть бути причини подібної поведінки чоловіка пацієнтки?*

### Рекомендована література

1. Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. et al. *Psycho-Oncology. Oxford University press, 2015. 772 p.*
2. *Практическое руководство по коммуникации при оказании специализированной и паллиативной помощи онкологическим больным. Под ред.*

Д.У. Киссейна, Б.Д. Бульца, Ф.Н. Бутоу, И.Д. Финли; раздел Б. Основы обучения коммуникативным навыкам в онкологии и паллиативной помощи. Под ред. Д.У. Киссейна: Пер. с англ. М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2019. 257 с.

3. Likhmana S., Bhasin S.K., Chhabra P. et al. Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi. *Indian Journal of Cancer*. 2015. Vol. 52(1). P. 146-151.

4. Nielsen M.K., Neergaard M.A., Jensen A.B. et al. Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Support Care Cancer*. 2016. Vol. 24(7). P. 3057-3067.

5. Hagedoorn M., Sanderman R., Bolks H.N. et al. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*. 2008. Vol. 134(1). P. 1-30.

6. Kissane D.W., McKenzie M., McKenzie D.P. et al. Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliative Medicine*. 2003. Vol. 17(6). P. 527-537.

7. Bambauer K.Z., Zhang B., Maciejewski P.K. et al. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidem*. 2006. Vol. 41. Issue 10. P. 819-824.

8. Nipp R.D., El-Jawahri A., Fishbein J.N. et al. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annual of Oncology*. 2016. Vol. 27(8). P. 1607-1612.

9. Rumpold T., Schur S., Amering M. et al. Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Support Care Cancer*. 2016. Vol. 24(5). P. 1975-1982.

10. Кужель І.Р. Медико-психологічна допомога особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними пацієнтами в умовах паліативної медицини: Дис... канд. мед. наук: 19.00.04. Харків, 2011. 233 с.

11. Мухаровська І.Р. Клініко-психологічна характеристика психоемоційних порушень та система медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці (феноменологія, механізми психопатогенезу та адаптаційна модель психоонкологічної допомоги): Дис... д-ра мед. наук: 19.00.04. Харків, 2017. 343 с.

12. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/6-prava-ta-obovjazki-pacijentiv-za-zakonodavstvom-ukrajini/61-prava-pacijentiv/616-pravo-na-privatnist-i-konfidenciinist/> ■

# Розділ 9.

## Професійне спілкування в медичному середовищі

*Чабан О.С., Мухаровська І.Р., Абдяхімова Ц.Б., Хаустова О.О.*

**Ключові поняття теми:** медичний колектив, психологічні типи лікарів та медсестер, колегіальність, субординація, професійна деформація, професійне вигорання, психоосвітні програми, комунікативні тренінги.

Запорукою якісної медичної допомоги є не лише висока професійна компетентність учасників лікувального процесу (лікарів, медичних сестер, керівників закладів охорони здоров'я), але й характер взаємин між ними в колективі, що формує загальну атмосферу медичного закладу і відбивається на умовах професійної діяльності.

### 9.1. Медичний колектив: професійні взаємини та комунікативні ситуації

#### *9.1.1. Колектив та його роль у спільній діяльності*

Колектив — це стійка в часі організована група людей зі специфічними органами управління, які взаємодіють між собою, об'єднані цілями спільної суспільно корисної діяльності та складною динамікою формальних (ділових) і неформальних взаємин між членами групи.

Найбільш розгорнута концепція розвитку колективу належить А.В. Петровському. Він розглядає колектив як групу, що складається з трьох шарів. У першому шарі перш за все реалізуються безпосередні контакти між людьми, засновані на емоційній прийнятності або неприйнятності. У другому шарі ці взаємини опосередковуються характером спільної діяльності. У третьому шарі, названому ядром групи, розвиваються взаємини, засновані на прийнятті всіма членами групи спільних цілей групової діяльності. Цей шар відповідає вищому рівню розвитку групи, отже його наявність дозволяє констатувати, що перед нами колектив.

У групах відбуваються наступні динамічні соціально-психологічні процеси:

- 1) тиск на членів групи, що сприяє їх конформізму й сугестивності;
- 2) формування соціальних і розподіл групових ролей;
- 3) зміна активності членів групи;
- 4) зміна думок, оцінок, норм поведінки членів групи.

Серед членів колективу виокремлюють наступні соціальні ролі:

— «координатор», який користується повагою і вміє працювати з людьми;

— «генератор ідей», що прагне знайти істину, втілити свої ідеї в життя він найчастіше не в змозі;

— «ентузіаст», котрий сам береться за нову справу і надихає інших;

— «контролер-аналітик», здатний тверезо оцінити запропоновану ідею, старанний, але зазвичай уникає людей;

— «шукач вигод», що цікавиться зовнішньою стороною справи, старанний і може бути хорошим посередником між людьми, оскільки зазвичай він найпопулярніший член колективу;

— «виконавець», вміє втілити ідею в життя, здатний до кропіткої роботи, але часто тоне у дріб'язках;

— «трудівник» — член групи, який не прагне посісти чиєсь місце;

— «шліфувальник» — виконує миротворчу функцію, необхідний, щоб конфлікт не досягнув крайньої точки.

Лідерство — природний соціально-психологічний процес у групі, побудований на впливі особистого авторитету людини на поведінку членів групи. При цьому під впливом розуміють таку поведінку людини, яка змінює поведінку, стосунки, відчуття іншої людини. Вплив можна справляти через ідеї, усне і письмове слово, через навіювання, переконання, емоційне зараження, примус, особистий авторитет і приклад.

Загальне лідерство в групі складається із таких компонентів: емоційний, діловий, інформаційний. «Серце групи» — емоційний лідер, до якого кожен член групи може звернутися за співчуттям, «поплакати в жилетку». «Руки групи» — діловий лідер, з ним добре працювати, він може організувати справу, налагодити потрібні ділові зв'язки, забезпечити успіх справи. «Мозок групи» — інформаційний лідер, до нього всі звертаються з питаннями, тому що він ерудит, все знає, може пояснити і допомогти знайти потрібну інформацію. Найкращим буде універсальний лідер, що поєднає всі три компоненти, але такий лідер зустрічається рідко.

Залежно від того, які функції переважають, виділяють такі *типи лідерів*:

1. *Лідер-організатор*. Його головна відмінність полягає в тому, що потреби колективу він сприймає як свої власні і активно діє. Цей лідер оптимістичний і переконаний, що більшість проблем можна розв'язати. За ним ідуть, знаючи, що він не пропонуватиме безперспективну справу. Вміє переконувати, схильний заохочувати, а якщо й доводиться висловити своє несхвалення, то робить це, не зачіпаючи чужої гідності; в результаті люди намагаються працювати краще.

2. *Лідер-творець*. Привертає до себе насамперед здатністю бачити нове, братися за вирішення проблем, які можуть здатися нерозв'язними і навіть небезпечними. Не командує, а лише запрошує до обговорення. Вміє ставити завдання так, що воно зацікавить і приверне людей.

3. *Лідер-борець*. Вольова, впевнена у своїх силах людина. Першим іде назустріч небезпеці або невідомості, без вагання вступає в боротьбу. Готовий відстоювати те, у що вірить, і не схильний до поступок. Однак такому лідеру інколи не вистачає часу, щоб обдумати всі свої дії і все передбачити. «Божевілья хоробрих» — ось його стиль.

4. *Лідер-дипломат*. Якби він використовував свої здібності на негативні справи, то його цілком можна було б назвати майстром інтриги. Він спирається на чудове знання ситуації і її прихованих деталей, в курсі пліток і тому добре знає, на кого і як можна вплинути.

5. *Лідер-розраджувач*. До нього тягнуться тому, що він готовий підтримати в скрутну хвилину. Поважає людей, ставиться до них доброзичливо. Ввічливий, послужливий, здатний до співпереживання.

У будь-якому колективі є людина, яка відповідає за роботу команди. Взаємини підлеглих із керівником, психологічний клімат, результати роботи колективу залежать від стилю управління, що реалізується керівником. Виділяють наступні *стилі управління*:

1. *Авторитарний стиль* (директивний, диктаторський). Для нього характерні: а) жорстке одноосібне прийняття керівником усіх рішень (мінімум демократії); б) жорсткий постійний контроль за виконанням рішень із загрозою покарання (максимум контролю); в) відсутність інтересу до працівника як до особистості.

За рахунок постійного контролю подібний стиль управління забезпечує цілком прийнятні результати роботи (за непсихологічними критеріями: прибуток, продуктивність, якість продукції). Але недоліків у такого стилю більше, ніж переваг. Зокрема: висока ймовірність помилкових рішень; придушення ініціативи, творчості підлеглих, уповільнення нововведень, пасивність співробітників; незадоволеність людей

своєю роботою, своїм становищем у колективі; несприятливий психологічний клімат, що обумовлює підвишене психологічно-стресове навантаження, шкідливий для психічного і фізичного здоров'я підлеглих.

Цей стиль управління доцільний і виправданий лише в критичних ситуаціях (аварії, воєнні дії тощо).

2. *Демократичний стиль* (колективний). Для нього характерні такі особливості: а) управлінські рішення приймаються на підставі обговорення проблеми, урахування думок та ініціатив співробітників (максимум демократії); б) виконання прийнятих рішень контролюється і керівником, і самими співробітниками (максимум контролю); в) керівник виявляє інтерес і доброзичливу увагу до особистості співробітників, ураховує їх інтереси, потреби, особливості.

Демократичний стиль є найбільш ефективним, оскільки забезпечує високу ймовірність правильних зважених рішень, високі виробничі результати роботи, ініціативу, активність працівників, задоволеність людей своєю роботою і членством у колективі, сприятливий психологічний клімат і згуртованість колективу. Однак реалізація демократичного стилю можлива при високих інтелектуальних, організаторських, комунікативних здібностях керівника.

3. *Ліберально-анархічний стиль* (нейтральний). Для нього характерні, з одного боку, максимум демократії (усі можуть висловлювати свою точку зору, але реального узгодження позицій не прагнуть досягти), з іншого — мінімум контролю (навіть прийняті рішення не виконуються, немає контролю за їх реалізацією, все пушено на самоплив). Як наслідок, результати роботи колективу зазвичай низькі. Люди незадоволені своєю роботою, керівником. Психологічний клімат у колективі несприятливий, у ньому відсутня атмосфера співпраці, немає стимулу сумлінно трудитися. Можливі приховані і явні конфлікти, йде розшарування на конфліктуючі підгрупи.

4. *Непослідовний стиль* (алогічний). Він виявляється в непередбачуваному переході керівника від одного стилю до іншого (то авторитарний, то демократичний, то знову авторитарний тощо). Це зумовлює вкрай низькі результати роботи колективу і максимальну кількість конфліктів і проблем.

5. *Ситуативний стиль* — для нього характерно гнучке реагування на зміни рівня психологічного розвитку підлеглих і колективу. Стиль керування ефективного менеджера відрізняється гнучкістю, індивідуальним і ситуативним підходом.

6. *Новаторсько-аналітичний стиль* (Т. Коно) здатний забезпечити організаційне виживання в умовах гострої ринкової конкуренції. Для

нього характерні: а) енергійність і новаторство, чуйність до нових ідей та інформації, генерування великого числа ідей; б) готовність урахувати думку інших, здатність логічно аналізувати, наскільки реалістичні і перспективні запропоновані ідеї; в) швидке прийняття рішень і практичне втілення новацій; г) терпимість до невдач, вміння широко бачити ситуацію і працювати з людьми, не заглиблюючись в їхні особисті проблеми. Цей стиль найбільш популярний і ефективний в успішних японських компаніях.

7. *Партисипативний (співучасний) стиль*, на думку більшості зарубіжних фахівців у галузі менеджменту, є найбільш ефективним стилем управління. Для нього характерні наступні риси: а) регулярні наради керівника з підлеглими; б) відкритість у взаєминах між керівником і підлеглими; в) залучення підлеглих до розробки і прийняття організаційних рішень; г) делегування керівником підлеглим низки повноважень, прав; д) участь рядових працівників як у плануванні, так і в здійсненні організаційних змін; е) створення особливих групових структур, наділених правом самостійного прийняття рішень (групи контролю якості); є) надання працівнику можливості автономно (від інших членів організації) розробляти проблеми, нові ідеї.

### **9.1.2. Психологічні типи лікарів та медичних сестер**

За останні десятиліття медична наука зробила великий крок у розумінні етіології та патогенезу захворювань і патологічних станів, акумулювала потужний діагностичний арсенал у вигляді численних лабораторних та інструментальних методів дослідження і продовжує вдосконалювати способи лікування. Це значно збільшило теоретичну та практичну базу і, відповідно, зумовило розширення спектра спеціальностей та осіб, залучених до лікування. На сьогодні лікуванням пацієнта займається не окремий спеціаліст, а часто команда професіоналів, що покладено в основу мультидисциплінарного підходу в медицині. Робота в команді потребує особливих психологічних компетенцій та залежить від особистісних особливостей учасників лікувального процесу.

В.А. Ташликов розробив класифікацію *психологічних типів лікарів*, знання якої допомагає розуміти наслідки впливу особистості лікаря на діагностичний та лікувальний процес:

1. *Співчутливий і недирективний*. Це люди добрі, схильні до співчуття, викликають у хворого почуття довіри. Вони зазвичай мають більш вдалий спектр взаємин із хворими, що мають істероїдні риси характеру.

2. *Співчутливий та директивний*. Лікар цього типу має бажання зрозуміти світогляд людини, але діяти щодо хворого він буде дирек-



тивно, примушуючи хворого виконувати свою волю. Ці лікарі мають кращі взаємини із хворими, у яких виражені тривожні риси характеру.

3. *Емоційно нейтральні та директивні.* Їм притаманні твердість та впевненість, вміння внести ясність у справу, щодо хворих це чуйна, уважна та стримана людина. Такий тип лікаря більш імпонує хворим із неврастенічними рисами, в яких є потреба зберегти самовладання.

Інша *психологічна класифікація лікарів* включає наступні типи:

1. *Лікар звичайний* — багато часу взаємодіє з пацієнтами, перевантажений роботою, часто перестає індивідуалізувати хворих.

2. *Лікар-робот* — характерне механічне виконання своїх обов'язків. У роботі такі лікарі ретельні, технічно кваліфіковані, відповідальні, проте неемпатійні та емоційно дистанційовані від пацієнтів. Взаємини із хворими позбавлені емоційного співчуття і співпереживання.

3. *Лікар-солдат* — рішучий, безкомпромісний, наполегливий, миттєво реагує на найменші порушення дисципліни. Такий лікар при недостатній культурі, освіті, невисокому рівні інтелектуального розвитку може бути брутальним і навіть агресивним із пацієнтами. У сприятливих випадках, якщо він розумний, освічений, з таким рішучим характером може стати хорошим вихователем для молодих колег.

4. *Лікар материнського типу* («мати» і лікар). Він переносить на роботу з хворими свої теплі сімейні стосунки або компенсує в роботі їх відсутність. Робота із хворими, турбота про них — для нього невід'ємна умова життя. Він добре володіє емпатією.

5. *Лікар-експерт.* Це лікар — вузький спеціаліст. Завдяки високій потребі у фаховому визнанні виявляє особливу допитливість у певній сфері фахової діяльності і пишається значимістю у своїй галузі, де іноді навіть «затмарює» лікаря. За фаховою порадою до них не соромляться звертатися молоді лікарі. Іноді люди цього типу стають фанатами своєї вузької діяльності, виключаючи всі інші інтереси із свого поля зору, нічим не цікавляться, крім роботи.

6. *Нервовий лікар.* Цей тип непрофесійної поведінки лікаря не повинен бути в лікувальній установі. Емоційно нестійкий, запальний, дратівливий, він постійно дає невротичні реакції, схильний до обговорення особистих проблем і може стати серйозною перешкодою в роботі медичного закладу. Нервовий лікар — це або патологічна особистість, або людина, яка страждає неврозом. Такі люди часто самі потребують серйозної психотерапевтичної допомоги і є професійно непридатними для роботи із хворими.

7. *Лікар мимоволі.* Можливо, ця людина не дуже хотіла стати лікарем і тому зараз працює чітко в рамках своїх обов'язків. У нього до пацієн-

тів формальний, якщо не сказати байдужий підхід. Однак такий медик не зробить щодо хворого нічого зайвого! Він призначає тільки те, що перевірено роками. Особливо зручний цей лікар для тих пацієнтів, які хворіють на щось не особливо серйозне, типу ГРЗ, і яким насамперед потрібні довідка та лікарняний лист.

8. *«Лікар Франкенштейн»*. Такі лікарі дуже грамотні й досвідчені, розповіді про те, що вони повністю присвятили себе медицині, переходять із вуст в уста, на прийом до подібних лікарів швидко не потрапиш. Однак цього лікаря цікавить не людина, а стан її організму, — тому лікар не стане жаліти вас і часом буде навіть грубуватим. Проте не варто приймати це близько до серця! Ніяких зайвих розмов. Чітко поясніть йому свою проблему — і він із цікавістю почне вивчати і перемагати недугу.

9. *Лікар — яскрава особистість*. Його всі знають. Статті, інтерв'ю на телебаченні, книги — все це створює враження, що перед вами висококласний фахівець. Проте після консультації можуть виникнути двоїсті почуття: з одного боку — відчуття обраності, а з іншого — здивування (адже дільничний лікар у районній поліклініці те ж саме сказав, причому безкоштовно). Однак візит до такого лікаря буває дуже корисним для недовірливих, тривожних пацієнтів. Відомий лікар дає їм набагато більше впевненості, ніж «прості медики», а віра в швидке одужання — все-таки запорука успіху.

10. *Лікар як диво*. Уважний, чуйний, він ставиться до пацієнтів як до рідних — поспівчуває, вислухає, заспокоїть, порадить. Уже від цього стає легше! А все тому, що цей лікар уміє застосовувати психологічні прийоми в спілкуванні. Він ідеальний для людей старшого віку і для дітей — саме їм потрібна підтримка, що дозволяє адекватно ставитися і до медицини в цілому, і до свого здоров'я.

11. *Лікар — невизнаний геній*. Він старанно показує свій високий професіоналізм та некомпетентність інших (*«Хто вам це додумався порадити?»*, *«І навіщо тільки вам таке призначили?»* і т.п.). Такий лікар часто висловлюється різко, нетерпимо, майже агресивно. Він упевнений і в собі, і в тому, що заслуговує більшого. Через бажання стати визнаним генієм такий медик буде займатися вами серйозно і всебічно. Головне, покажіть йому, як цінуйте і поважаєте його, повідомте: *«Ви недавно так допомогли моему другу!»* Він досі говорить, який вам вдячний... І лікар зробить для вас практично все.

Виділяють наступні *типи медичних сестер* за І. Харді:

1. *Медична сестра — робот*. Більшість медичних сестер належать до цього типу. Характерною рисою таких сестер є механічне виконання своїх обов'язків. Вони виконують доручені завдання з надзвичайною ретельністю, скрупульозністю, спритністю й умінням, однак діючі

строго за інструкцією. Такі медичні сестри некладають у свою роботу душу, працюють подібно до автомата, сприймають пацієнта як необхідний додаток до інструкції з його обслуговування. Їхні взаємини з хворим позбавлені емоційного співчуття і співпереживання. Саме така медична сестра здатна розбудити сплячого хворого, щоб в призначений час дати йому снодійне.

2. *Медична сестра, яка грає завчену роль.* Поведінка такої медичної сестри відрізняється неприродністю, награністю. Вона наче виконує завчену роль, прагнучи досягнути певного ідеалу. Така медична сестра починає грати роль благодійниці. Її поведінка стає штучною, показною. Неприродність у спілкуванні заважає їй встановлювати контакти з людьми, тому така медична сестра повинна чітко визначити професійні цілі, виробити адекватний стиль спілкування з пацієнтом.

3. *Нервова медична сестра.* Емоційно нестійка, запальна, драгтивлива, схильна до обговорення особистих проблем, що може стати серйозною перешкодою в успішній роботі з пацієнтами. Часто похмура, незадоволена роботою, пацієнтами.

4. *Медична сестра з владними особистісними рисами.* Хворі вже здалеку впізнають її за ходою, гучним голосом, швидше намагаються привести до ладу свої тумбочки й ліжка, прибрати зайві речі. Таку медичну сестру вирізняє наполегливість, рішучість, обурення з приводу найменшого безладу. У сприятливих випадках медична сестра з такою особистістю може стати прекрасним організатором, хорошим педагогом. При нестачі культури, освіченості, низькому рівні розвитку медична сестра надто негнучка, часто брутальна і навіть агресивна з пацієнтами.

5. *Медична сестра материнського типу.* Така медична сестра виконує свою роботу з максимальною турботою і співчуттям до пацієнтів. Робота для таких медичних сестер — невід’ємна умова життя. Турбота про пацієнтів є життєвим покликанням. Часто особисте життя таких медичних сестер пронизане турботою про інших, любов’ю до людей.

6. *Медична сестра — фахівець.* Такі медичні сестри завдяки особливим особистісним якостям виявляють допитливість у певній сфері професійної діяльності і спеціалізуються в певній сфері медичної практики. Іноді такі медичні сестри — фанатики своєї вузької діяльності, нездатні ні на що, крім виконання цієї роботи, нічим, крім неї, не цікавляться.

Важливим аспектом для командної роботи є гармонійність поєднання психотипу лікаря з психотипом медичної сестри, здатність спільно формувати взаємини співробітництва, психологічна сумісність.

Варто зазначити, що немає ідеального типу медичного працівника. Ефективність комунікації з пацієнтами визначається гармонійністю поєднання особистісних особливостей учасників лікувального процесу.

### **9.1.3. Типові клінічні ситуації взаємодії в медичному колективі**

Робота у медичному колективі потребує формування певних норм та правил взаємодії, що включають *колегіальність та субординацію*.

*Колегіальність* — спільна робота, взаємна підтримка, спільна відповідальність, робота над помилками.

*Субординація* — суворе дотримання ієрархії у виконанні функціональних обов'язків, відповідальність у межах своєї компетенції. Етична сторона субординації в медицині передбачає не формальну посадову супідрядність, засновану на чисто дисциплінарних вимогах, а взаємини, зумовлені такими морально-етичними підходами старших посадових осіб до молодших і навпаки, як доброзичливість, взаємоповага, тактовність і почуття товариської взаємодопомоги. Дотримання цих простих, усім доступних морально-етичних вимог піднімає весь комплекс взаємин у медичному колективі на вищий професійний рівень.

У спільній діяльності окрім офіційно визначених правил та обов'язків, що регламентуються законом та внутрішнім розпорядком, існують неписані неформальні аспекти.

Під *корпоративною культурою* розуміють сукупність ідей, поглядів, цінностей, норм та правил, прийнятих у конкретному медичному закладі, яких дотримуються всі співробітники. В основному ці правила встановлюються щодо робочих процесів, міжособистісних стосунків у колективі та взаємодії з клієнтами, партнерами та іншими представниками зовнішнього світу.

На сьогодні корпоративна культура існує в кожному медичному закладі незалежно від форми власності, підпорядкування чи розмірів. Часто це неписані норми, що передаються працівникові на словах. Проте керівники приватних медичних закладів намагаються прописати корпоративні правила, наприклад, у кодексі корпоративної етики та донести вимоги такого документа до свідомості кожного конкретного працівника медичного закладу.

Комунікація в медичному колективі здійснюється на різних рівнях: «лікар — лікар», «лікар — керівник» та «лікар — медична сестра».

До типових ситуацій взаємодії в медичному колективі на рівні «лікар — лікар» та «лікар — керівник» відносять:

- клінічний розбір;
- клінічний обхід пацієнтів разом із завідувачем відділення (провідним фахівцем, професором);
- консультування пацієнта іншого лікаря;
- консультування свого пацієнта іншим лікарем;

- переведення пацієнта в інший підрозділ лікувально-профілактичного закладу чи медичну установу;
- виступ на конференції, публічне подання наукових здобутків;
- публікація наукових матеріалів (дистанційна, непряма взаємодія).

**Клінічний розбір** проводять для того, щоб розробити лікувальну тактику у клінічно складних чи суперечливих випадках, ситуаціях, коли мають бути залучені суміжні спеціалісти та проведена комплексна оцінка.

Клінічний розбір поділяється на наступні етапи:

1) демонстрація хворого (до 35–40 хв):

- подання даних з історії хвороби;
- клінічна бесіда й обстеження хворого;

2) аналіз даного клінічного випадку (виступи опонентів — 15–20 хв):

- виступ відповідального (завідувача відділення, провідного фахівця, професора, доцента) за клінічний розбір;

- запитання й виступи присутніх у залі лікарів або студентів;

3) висновок (резюме) провідного фахівця (5–7 хв).

Завданнями клінічного розбору є уточнення окремих деталей клінічного випадку, зауваження про наявність можливих, з їх точки зору, упущень на будь-якому етапі обстеження, встановлення діагнозу і проведення лікування; дискусія з приводу обстеження, діагностики та лікування. Загальна тривалість клінічного розбору не повинна перевищувати 60–65 хв.

Представлення пацієнта на клінічному розборі — структурування інформації про пацієнта (за прийнятим алгоритмом):

- загальні дані про хворого (ПІБ, вік, дата звернення);

- стан пацієнта при зверненні;

- скарги;

- дані об'єктивного обстеження, проведеної діагностики;

- призначене лікування;

- зміни у стані хворого;

- стан на даний момент;

- виділення ключових пунктів у стані здоров'я пацієнта.

На клінічному розборі, на відміну від взаємодії з пацієнтами та родичами, використання медичної термінології є не лише доцільним, але й необхідним, показує знання та професійну підготовку спеціаліста та дозволяє полегшити комунікацію, економити час.

**Клінічний обхід** забезпечує реалізацію наступних цілей: лікувально-діагностичної, навчальної; деонтологічної та виховної; санітарно-просвітницької.

Лікувально-діагностична ціль клінічного обходу полягає у проведенні оцінки стану пацієнта, перебігу хвороби та ефективності призначеного лікування.

Навчальна складова клінічного обходу полягає у навчанні манери комунікації з пацієнтом, методології обстеження, яке може проводитися у вигляді мікролекції для студентів і клінічних ординаторів у присутності пацієнта. Більш досвідчений спеціаліст доброзичливо і нескладною мовою розповідає про сутність хвороби, особливості стану пацієнта, дає рекомендації з лікування, попередження ускладнень, способу життя. Оскільки спілкування між медичними працівниками відбувається в присутності пацієнта, важливою є думка хворого про перебіг лікувально-діагностичного процесу, задоволеність наданням медичної допомоги, харчуванням, санітарними умовами, ставленням медперсоналу.

Під час обходу всі мобільні телефони мають бути вимкнені. Обхід завершується коротким обговоренням хворих без їх присутності, «за зачиненими дверима». Неетично обговорювати в присутності хворого: питання етіології, епідеміології, патогенезу, особливостей перебігу хвороби, диференціальної діагностики, прогнозу для життя, видужання і працездатності, помилки діагностики та тактики лікування, зауваження щодо ведення медичної документації.

**Оцінка лікування (консультування), що раніше проводилось іншими фахівцями.** Досить часто в медико-психологічній практиці фахівець має справу з пацієнтами, що раніше проходили лікування (консультування) в іншого лікаря. При цьому або пацієнт може бути критично налаштований стосовно свого колишнього терапевта, або сам новий фахівець може знайти помилки, бути незгодним із колишнім діагнозом або методами втручання. Однак негативні оцінки попереднього лікування в присутності хворого або його родичів не просто порушують корпоративну етику, але й негативно впливають на авторитет джерела оцінок і медицини у цілому, а отже — на ефективність подальшого лікування.

У медичній практиці іноді виникає потреба в консультуванні пацієнта іншим спеціалістом: у випадку необхідності додаткової фахової думки щодо стану та методів лікування хворого, забезпечення протоколу обстеження пацієнта перед медичними втручаннями, виявлення супутньої патології.

До загальних кроків підготовки та **проведення консультування пацієнта іншим лікарем входять наступні пункти:**

1. Визначити та чітко сформулювати потребу в консультації (за протоколом, більше інформації, сумніви в діагнозі, виключення супутньої патології та ін.).

2. Знайти контакти відповідного підрозділу, запросити консультанта. Узгодити консультацію з завідувачем відділення (якщо потрібно).

3. Зробити консультантові коротке подання ситуації пацієнта та потреби в консультації.

4. Надати консультантові всю потрібну медичну документацію для ознайомлення.

5. Організувати консультацію (попередити та підготувати пацієнта, приміщення, засоби для огляду та ін.).

6. Представити консультанта та допомогти налагодити контакт із пацієнтом (у разі потреби).

7. Отримати результати консультації у вигляді запису в медичній документації.

8. Подякувати консультантові та взяти контакти (у разі потреби).

У разі **консультування пацієнта іншим лікарем**, коли ви виступаєте в ролі консультанта, потрібно:

1. Дізнатися про основні особливості клінічної ситуації від лікуючого лікаря, окреслити клінічні завдання, визначити основний запит консультації (прояснити, для чого потрібна саме ваша консультація).

2. Ознайомитися з медичною документацією пацієнта, уточнити деталі клінічної картини, проведеної діагностики, змін у стані хворого протягом лікування.

3. Представитися пацієнтові, окреслити мету консультації, провести бесіду та огляд хворого, повідомити про попередні результати консультації (якщо можливо), дати рекомендації.

4. Надати висновок для лікаря, рекомендації.

5. Зробити запис у медичній документації.

Ураховуючи, що консультація пацієнта іншого лікаря є оцінкою його професійної компетентності, потрібно пам'ятати про етичну подачу інформації, яка стосується результатів обстеження, виявлених помилок чи упущень у процесі лікування. Не можна коментувати професійні дії лікаря при його пацієнтах чи колегах, при необхідності це потрібно робити наодинці, тактовно.

При переведенні пацієнта у інший підрозділ лікувально-профілактичного закладу чи медичну установу необхідно узгодити організаційні моменти з приймаючою стороною, підготувати пацієнта — пояснити мету переведення, дати рекомендації, а також ретельно заповнити медичну документацію, лаконічно та послідовно виклавши клінічну картину захворювання, його перебігу, проведеного лікування.

Одним із видів взаємодії у медичному середовищі є подання здобутків професійної діяльності у вигляді виступів на наукових медичних форумах, публікації у фахових виданнях.

### **Принципи взаємодії в системі «лікар — медична сестра»:**

1. *Принцип чіткого розмежування функцій.* Обов'язки лікаря та медичної сестри чітко регламентовані посадовими обов'язками та впливають із теоретичної і практичної медичної підготовки.

2. *Принцип чіткого функціонального обмеження.* Медсестра виконує коло своїх обов'язків, керуючись призначеннями лікаря. Жорсткий підхід «роби лише те, що скаже лікар» знецінює досвід медсестри, блокує ініціативність і самостійність її мислення, зменшує відповідальність за ситуацію та включеність у лікувальний процес. І навпаки, надмірна наполегливість медичної сестри щодо порад лікареві може приводити до конфлікту.

3. *Принцип партнерства.* Сучасна ідеологія лікування має бути побудована на принципах партнерства та взаємодопомоги. Медсестра повинна мати певну самостійність. Зрозуміло, вона не може самостійно розписувати карту медичних призначень, але вона повинна мати можливість самостійно варіювати свою поведінку залежно від ситуації.

Для пари «лікар — медична сестра» дуже важливо бути «спрацьованими», тобто сповідувати стиль спільної діяльності, який призводить до досягнення найкращих результатів.

Сучасні тенденції такі, що поступово відбувається зміна старих стереотипів. Зараз медсестра відіграє роль справжнього асистента лікаря, його помічника і партнера.

Часто, коли медсестри чергують за своїм графіком, лікар — за своїм, на чергування виходять пари, які за тими чи іншими властивостями (темперамент, виховання) не збігаються, і, як результат, страждає робота. У процесі взаємодії дуже важливо довіряти один одному. Професійна довіра — фундамент ефективної взаємодії у лікувальній команді.

## **9.2. Професійний стрес та професійна деформація лікаря як підґрунтя професійного вигорання**

### **9.2.1. Особливості професійної діяльності лікаря**

Медичну практику відрізняє перебування у тісному контакті та взаємодії з пацієнтами, які переживають виражений фізичний (часто хронічний) та психічний стрес.

**Чинниками професійного стресу** лікарів виступають:

1. Комунікація та взаємодія з пацієнтами та членами їх сімей, що включають:



— повідомлення несприятливих новин хворому та його родичам у зв'язку з хворобою;

— спілкування з пацієнтами та членами їх сімей, які перебувають у стресовому стані та часто виявляють негативні емоції;

— високу складність спілкування з пацієнтами та родиною хворого в переломних періодах лікування захворювання — при рецидиві, виникненні ускладнень, переході патології в термінальну стадію.

2. Характеристики наявної у хворого патології як соматичної нозології, які обумовлюють:

— те, що медичний персонал є свідком фізичних та емоційних страждань хворого;

— складність проблем пацієнта та неможливість їх повністю вирішити (забезпечити повне одужання);

— прийняття рішень, які суттєво впливають на тривалість та якість життя пацієнта.

3. Особливості організації діяльності та вимоги до професійних навиків, а саме:

— суттєве робоче перевантаження, що характеризується наданням допомоги значній понаднормовій кількості пацієнтів із формуванням синдрому хронічної втоми;



**Рисунок 9.1**

- необхідність мати високі кваліфікаційні навички, працювати зі складною медичною апаратурою;
- постійне підвищення професійного рівня згідно з досягненнями в теорії та лікуванні захворювань (курси, конференції, ознайомлення з публікаціями);
- ступінь участі в організації своєї роботи, можливість чи неможливість приймати важливі рішення.

### **9.2.2. Професійна деформація в лікарській діяльності**

Тривале здійснення лікарем, як і будь-яким іншим фахівцем, своєї діяльності призводить не тільки до удосконалення певних професійних навичок, формування певного складу мислення і стилю спілкування, але й до низки негативних психологічних наслідків, поєднаних терміном «професійна деформація». Її визначають як «зміни сформованої структури діяльності й особистості, що поступово нагромадилися та негативно позначаються на продуктивності праці і взаємодії з іншими учасниками цього процесу, а також на розвитку самої особистості», що приводить до формування професійного типу особистості, який виявляється і поза професійною сферою. Особливо високий ризик формування деформацій, коли психологічна структура професійної діяльності накладається на індивідуально-психологічні особливості особистості (професійно-типологічна деформація). Професійна деформація може почати формуватися в майбутніх лікарів уже в процесі навчання, оскільки багато якостей людини (що не є значимими для освоєння професії лікаря) залишаються незатребуваними.

Професійна деформація виявляється в кількох **аспектах**:

1) **зміни в сфері професійної діяльності**, що пов'язані зі зміною концепції і мотивів професійної діяльності та знижують її ефективність:

- поява негнучких стереотипів діяльності в спілкуванні з пацієнтами, виборі методів лікування, переконаність у власній правоті у всіх випадках;
- ставлення до пацієнта не як до особистості, а як до носія хвороби або засобу самоствердження, заробітку;
- професійний цинізм, формальне виконання своїх обов'язків або, навпаки, підвищена відповідальність і професійний ентузіазм;

2) **зміни в міжособистісній сфері**, пов'язані з переносом специфічних професійних дій і установок на поведінку поза роботою:

- при переважанні директивності в стилі професійної поведінки лікаря — владність у взаєминах із людьми поза роботою, відчуття власної переваги;

— надлишкове і гнітюче почуття професійної відповідальності поза кабінетом, готовність завжди прийти на допомогу оточуючим, жертвуючи особистими інтересами; самозвинувачення при нездатності з якихось причин надати цю допомогу;

— навмисний або несвідомий пошук пацієнтів поза діловою сферою, прагнення давати поради з приводу діагностики і лікування;

— прагнення застосовувати свої знання в побуті для пояснення повсякденних подій («це — симптом хвороби», «це — результат стресу», «це — перенос»);

— надлишкова толерантність, безоціночне ставлення до оточуючих, особливо характерні для психологів і психіатрів (звикаючи до дотримання деонтологічних принципів спілкування з пацієнтами, лікар може стати неадаптивно терпимим до вчинків оточуючих);

3) **зміни в особистісній сфері**, пов'язані з застосуванням професійних навичок до самого себе:

— схильність до постійного самоспостереження і порівняння своєї психічної і соматичної діяльності з ідеальною нормою з метою самодіагностики і «своєчасної самокорекції»;

— для психологів і психіатрів — схильність до раціоналізації своїх проблем, пошуку психологічних пояснень подій власного життя.

### ***9.2.3. Джерела професійного стресу та фактори професійного вигорання***

У роботі медичного працівника виділяють наступні **джерела стресу**: *організаційний, ситуаційний загальний та специфічний, особистісний.*

До **загального ситуаційного** відносять необхідність у розширеній базі знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки; **до специфічного** — брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу та у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родин, висока смертність серед пацієнтів відділення.

**Особистісними джерелами стресу** є невміння долати труднощі, низький соціально-економічний статус, психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу.

Численні дослідження факторів, що впливають на вигорання, не дають вичерпної відповіді на питання про те, що ж є головним у виникненні цього явища. Вирішення даного питання є актуальним для організації заходів щодо запобігання емоційному вигоранню. Низка дослідників розглядають взаємодію особистісних та ситуаційних факторів у виникненні синдрому емоційного вигорання.

Так, J. Carool і W. White висловлювали думку про інтегральний підхід до дослідження вигорання, що розглядається як екологічна дисфункція, викликана інтегральною взаємодією особистісних факторів і факторів навколишнього середовища. Основна ідея підходу, запропонованого С. Maslach і М. Leiter, полягає в тому, що вигорання — результат невідповідності між особистістю та роботою. Збільшення цієї невідповідності підвищує ймовірність виникнення вигорання.

Необхідно вважати на наступні невідповідності. Невідповідність між вимогами до робітника та його ресурсами. Невідповідність між прагненням працівника мати більшу самостійність у прийнятті рішень стосовно своєї роботи (способи досягнення результату) та жорсткою позицією керівництва в організації виробничого процесу. Невідповідність роботи та винагороди, що переживається людиною як невизнання її праці. Невідповідність особистості та роботи в аспекті втрати відчуття позитивної взаємодії з колегами. Невідповідність між особистістю та роботою, яка може виникати при відсутності уявлення щодо справедливості на роботі. Справедливість забезпечує визнання та закріплює самооцінку співробітника. Невідповідність між етичними принципами та принципами особистості і вимогами роботи.

Медичний персонал на емоційному рівні переживання постійно має справу зі смертю, що є вкрай травматичним з психологічної точки зору переживанням. Смерть виступає у роботі лікаря у трьох формах:

— реальна — недоцільність реанімаційних заходів, смерть у машині швидкої допомоги, інше;

— потенційна, коли від результатів дій лікаря або медичної сестри, їх професіоналізму залежить здоров'я та життя людини;

— фантомна — скарги на стан здоров'я тривожного хворого, страх хронічного пацієнта, взаємини з родичами важкохворих, уявлення про смерть у суспільній свідомості.

Аналіз причин виникнення синдрому емоційного вигорання дозволив виділити особистісні та ситуаційні (у першу чергу зв'язані з умовами професійної діяльності) фактори формування даного синдрому.

До першої групи належать деякі *писи особистості* (люди неспокійні, імпульсивні, чуттєві, емпатичні, схильні до інтроверсії і невротизму,

стримані в міжособистісних контактах, екстернали, що мають гуманістичну життєву установку, схильні ототожнюватися з іншими, більше піддані цьому синдрому), особливо якщо умови праці і специфіка професійної діяльності не відповідають зазначеним особистісним особливостям індивіда; типові *механізми копінг-поведінки* (уникання), схильність до поведінки типу А; *завищені очікування* стосовно змісту і результативності своєї роботи; *нерозв'язані особистісні конфлікти*, особистісна незрілість лікаря.

До типових для людини особистісних якостей, що ведуть до емоційного вигорання, можна віднести:

— *незадоволене честолюбство й егоїзм* — професіонал, що має такі риси, прагне допомогти людям не заради них самих, а заради одержання *задоволення* від своєї влади. Коли психологічна установка «я можу те, чого не можуть інші: я бачу людей наскрізь, я можу ними керувати» зіштовхується з установкою пацієнта «він мені допоможе, він вирішить мої проблеми», деформується самосприйняття професіонала, у нього виникає ілюзорне відчуття власної могутності. Руйнування цих ілюзій, що відбувається при зіткненні з життєвими реаліями, може супроводжуватися синдромом емоційного вигорання;

— *перфекціонізм* (бажання усе робити відмінно) та інтернальність за умови невдач формують страх помилитися і приводять до постійного перенапруження;

— *емоційна ригідність* — емоційно стримана, уразлива людина, чії емоції довго не вгасають, украй чуттєва до збереження свого престижу, до дійсних або мнимих несправедливостей; якщо значимість таких людей не буде підтверджуватися, вони схильні до розвитку синдрому емоційного вигорання;

— *генералізована професійна ідентичність* (ототожнення себе з професійною діяльністю) спонукає індивіда відчувати себе лікарем не тільки на робочому місці, але й у спілкуванні з родиною і друзями і може привести як до вигорання, так і до порушень у міжособистісних взаєминах;

— *прагнення до самопожертви*.

*Соціально-демографічні характеристики індивіда* — вік, родинний стан, освіта. Щодо віку виявлено, що вигорання більш виражене у молодих спеціалістів (20–30 років) та осіб старше 50 років. Схильність юних спеціалістів до вигорання пояснюють емоційним шоком, який вони переживають при зіткненні з реальністю професії, що йде врозріз з їх очікуваннями та уявленнями. У спеціалістів старшого віку вигорання пов'язано з рівнем задоволеності своїми професійними здобутками.

В цілому у спеціалістів зі збільшенням стажу спостерігається тенденція до зменшення ризику вигорання внаслідок набування навиків адаптації до своєї роботи. Високими є ризики вигорання як у висококваліфікованих спеціалістів, так і в низькокваліфікованих. У першому випадку вигорання пов'язане з високим рівнем домагань, у другому — з неможливістю повноцінно самоствердитися та реалізуватися.

У більшості досліджень відзначено, що більш схильними до вигорання є жінки внаслідок високих робочих перевантажень та поєднання професійних обов'язків з домашніми справами і сімейними обов'язками. Однак у низці професій вищими є рівні вигорання у чоловіків, в особливості таких, що потребують прояву чоловічих якостей (фізичної сили, відваги, стриманості, досягнень). Щодо сімейного стану, у неодружених ризик вигорання є більшим. Родина у більшості випадків виступає ресурсом підтримки та допомоги.

Друга група факторів виникнення синдрому емоційного вигорання пов'язана з умовами професійної діяльності. Професія лікаря всі частіше сприймається як сприятлива погіршенню соматичного і психічного здоров'я, зниженню стійкості шлюбів, розвитку схильності до вживання психоактивних речовин.

До другої групи причин виникнення синдрому емоційного вигорання відносяться:

— *хронічно напружений характер діяльності*, інтенсивне спілкування і великий обсяг діагностичних та терапевтичних заходів, що фахівець зобов'язаний провести; зокрема, виявлена залежність між тривалістю робочого тижня і ризиком формування емоційного виснаження, а також понаднормовою роботою;

— *дестабілізуюча організація діяльності* — монотонний характер роботи, суворе регламентація часу і порядку її виконання, велика кількість бюрократичних процедур, неможливість самостійно приймати рішення; нечітка організація і планування праці, нестача устаткування, відсутність умов для самовираження особистості, професійного росту; невідповідність обсягів фінансування охорони здоров'я вимогам до обсягу діагностичних і лікувальних заходів, що зобов'язаний провести лікар; відсутність комфортних умов на робочому місці;

— *психологічно тяжкий контингент*, з яким має справу професіонал, — вкладання в роботу великих особистісних ресурсів при недостатньо ефективних результатах (особливо при роботі з безнадійними пацієнтами), ризик прийняття на себе проблем пацієнта, «зараження» ними;

— *ризик адміністративних санкцій і юридичного переслідування* у зв'язку з помилками в професійній діяльності, неправильним заповненням медичної документації;

— *неблагополучна психологічна атмосфера* — напруженість і конфлікти в професійному середовищі (у першу чергу — з керівництвом, його зайвий критицизм), недостатня підтримка з боку колег, недостатні повноваження в роботі;

— *недостатня винагорода*, особливо сприймана як порушення соціальної справедливості;

— *сімейні проблеми*, а також відсутність психологічної підтримки в родині, недостатнє розуміння близькими специфіки професії лікаря.

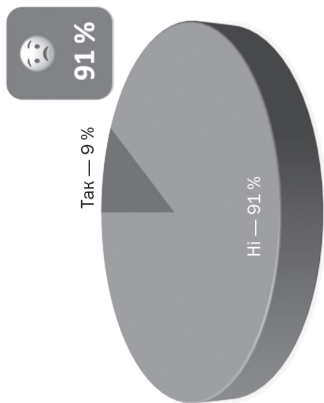
Є дані про більшу схильність до синдрому емоційного вигорання лікарів, що працюють у державній охороні здоров'я, порівняно з тими, хто займається приватною практикою. Дослідження рівня інтересу до професійної діяльності серед студентів медичних вузів і лікарів в Україні показало, що в студентів інтерес до професії лікаря починає вірогідно зменшуватися з третього року навчання. Слід зазначити, що серед тих, хто перед вступом до університету працював у лікувальних установах, частка таких, що втратили інтерес до професії, нижче, ніж серед тих, хто з професією лікаря знайомився лише теоретично.

Дослідження інтересу до діяльності в лікарів із різним стажем виявило, що він вірогідно знижується вже з другого року самостійної професійної діяльності. Після 15 років роботи стійкий інтерес до лікувальної практики відсутній у 18,6 % лікарів. Серед основних факторів, що обумовлюють таку ситуацію, називаються помилки у виборі професії й у професійній діяльності, а також низька престижність спеціальності в суспільстві, її економічний статус.

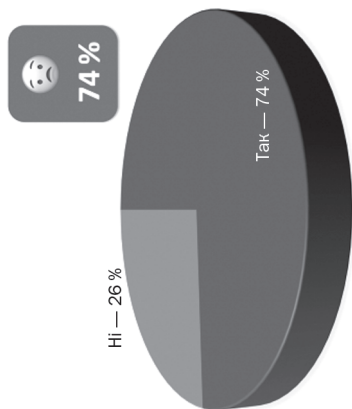
Найчастіші причини формування синдрому професійного вигорання:

- монотонність роботи;
- вкладання в роботу великих особистісних ресурсів при нестачі визнання і позитивної оцінки;
- сувора регламентація часу;
- робота з «немотивованими» пацієнтами;
- конфлікти в професійному середовищі, недостатня підтримка з боку колег та їх зайвий критицизм;
- нестача умов для самовираження особистості на роботі;
- робота без можливості подальшого навчання та професійного вдосконалення;
- особистісні конфлікти.

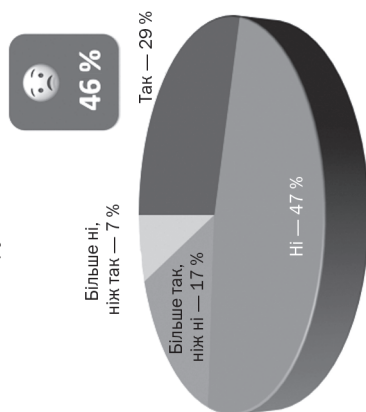
Я ніколи не думаю про пацієнтів після завершення роботи



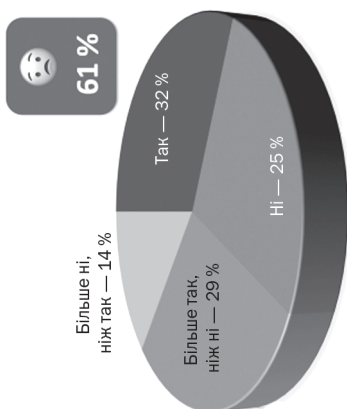
Я хотів би, щоб відпустка була більш тривалою



У мене порушений сон

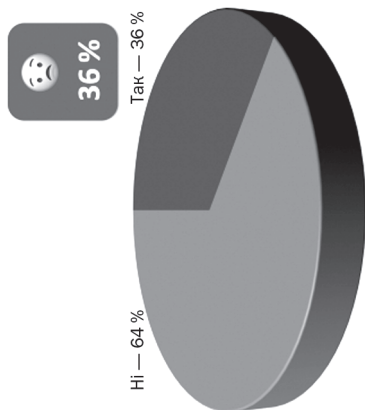


Думаю, що я надто багато працюю

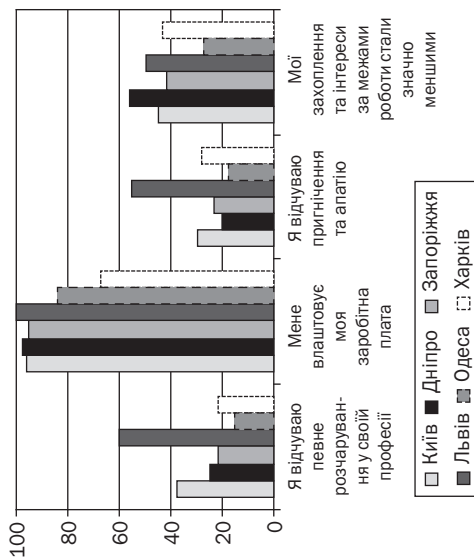
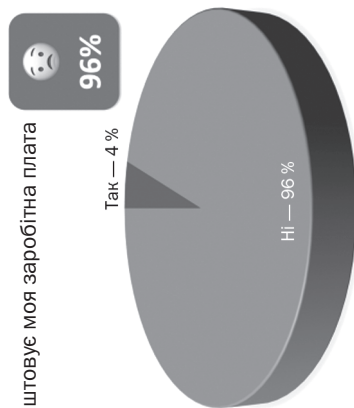




Я відчуваю певне розчарування у своїй професії



Мене влаштовує моя заробітна плата



**Рисунок 9.2. Анонімне опитування лікарів на тему вигорання**

(Чабан О. С. Опитувальник на вивчення *Burn out*. 2018. Протоипи: опитувальник К. Маслач, С. Джексон; опитувальник В. Бойка; SVF - 120, В. Янке, Г. Ердманн; опитувальник втрати та надбання персональних ресурсів, Н. Водоп'янова, М. Штейн; Q-LS-Q; шкала оцінки якості життя, О. Чабан)

Чинники стресу на робочому місці (за Shattenburg, Kolchynskiy, Федеральний інститут безпеки та гігієни праці Німеччини, 2012 (телефонне опитування 20 000 осіб працездатного віку за опитувальником TNS Infratest Sozialforschung):

— вимога найефективніше працювати при зменшені часу на виконання завдання;

— відповідальність та керівництво;

— мультизадачність;

— реструктуризація закладу;

— зміна роду діяльності (перекваліфікація).

Ці фактори стимулюють *презентеїзм* (стан, коли людина, частіше за все хвора, проводить на робочому місці більше часу, ніж це визначено контрактом, через страх втратити роботу, сформувати про себе негативну думку). На думку інших авторів, які досліджували цю проблему, значимими факторами виявилися:

— за даними Zipfel, 2014: інтенсифікація робочих процесів на тлі швидкої глобалізації та постійного тиску щодо ефективності праці;

— Angerer, 2014: ріст психологічного навантаження та кількості стресів на роботі;

— Foreser, 2018: приховане незадоволення стилем та методами керівництва;

— Zonger, 2019: неадекватна компенсація зусиль працівника;

— Krauser, 2020: конкурентні відносини в колективі та відсутність дружньої атмосфери.

Нашим колективом було проведено дослідження поширеності та причини синдрому професійного вигорання серед лікарів України. На рис. 9.2 наведені лише деякі красномовні дані цього дослідження.

**Факторами ризику** формування синдрому професійного вигорання найчастіше виступають:

— висока відповідальність за здоров'я, долю, життя людей;

— висока динамічність;

— необхідність швидкої адаптації до нових людей і мінливих умов;

— високі вимоги до самоконтролю;

— нереалізовані очікування;

— незадоволеність самоактуалізацією;

— незадоволеність досягнутим результатом;

— розчарування в інших людях;

— знецінення, або втрата сенсу своїх зусиль;

— переживання самотності/брак соціальної підтримки;

— відчуття безглуздості активної діяльності в житті;

— перевантаження одного фахівця багатьма обов'язками та ролями;

- високий ступінь невизначеності у виконуваній роботі;
- необхідність зовні виявляти емоції, що не відповідають реальним.

### **Три основних типи медичних працівників, яким загрожує синдром професійного вигорання:**

**1. Педантичний:** сумлінність, надмірна хвороблива акуратність, прагнення в будь-якій справі домогтися зразкового порядку (навіть на шкоду собі).

**2. Демонстративний:** прагнення перевершувати у всьому, завжди бути на виду, характерний високий ступінь виснаженості при виконанні непомітної, рутинної роботи.

**3. Емотивний:** вразливі і чутливі люди, їх чуйність, схильність сприймати чужий біль як свій межує з самодеструкцією та автоагресією (самоз'їдання, самонакручування).

## **9.3. Професійне вигорання медичних працівників**

### **9.3.1. Визначення та діагностика синдрому професійного вигорання**

Термін «вигорання» (burnout) запропонував американський психіатр Г. Фройденбергер (Herbert Freudenberger) у 1973 р. Феномен вигорання — актуальна проблема у сфері діяльності, пов'язаної із взаємодією у системі «людина — людина». Фахова робота медичних працівників відноситься до допомагаючих професій, в яких контакти між людьми є дуже тісними та вагомими. Високі вимоги до кваліфікації та результатів праці, постійна взаємодія з людьми у стані фізичного та психічного стресу спричиняють вигорання спеціалістів у сфері охорони здоров'я. Зміни, спричинені вигоранням, мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціалістів, що обумовлює потребу в підтримці та забезпеченні медиків необхідними знаннями та вмінням протидіяти професійному стресу і зберігати своє здоров'я.

Вигорання — це довготермінова стресова реакція, що виникає в результаті впливу на людину професійних стресів середньої інтенсивності, супроводжується фізичним, емоційним чи мотиваційним виснаженням та є певним типом реагування на хронічний професійний стрес, який дозволяє людині дозувати та економити енергетичні ресурси.

Вигорання формується як стрес-реакція у відповідь на жорсткі професійні та емоційні вимоги, що впливають із надмірної включеності людини у свою роботу та зменшення часу на сімейне життя та відпочинок.

Вигорання характеризується порушенням продуктивності роботи, втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також уживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з

метою отримати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності та суїцидальної поведінки.

Соматичні та психологічні зміни мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціаліста. В МКХ-10 «синдром вигорання» виділений в окремий діагностичний таксон — Z73 («проблеми, пов'язані з труднощами керування своїм життям») та кодується Z73.0 — «вигорання» (burnout).

Синдром професійного вигорання включений до переліку Міжнародної класифікації захворювань, згідно з роз'ясненням ВООЗ його слід пов'язувати виключно з професійною діяльністю. Код в ICD-11 — QD85. Наведений розлад описують як «хронічний стрес на робочому місці, з яким своєчасно не впоралися» (ВООЗ, 2019).

До основних психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити наявність синдрому емоційного вигорання, відносяться:

— *опитувальник MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory — Human Service Survey);*

— *методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка («Діагностика рівня емоційного вигорання»);*

— *методика А.А. Рукавішнікова «Визначення психічного вигорання»;*

— *методика «Оцінка власного потенціалу»;*

— *методика визначення загальної емоційної спрямованості особистості Б.І. Додонова;*

— *Копенгагенський опитувальник (2005 р.). National Institute of Occupational Health, Данія. Розроблений для гаджетів. Він включає три шкали: особистісного вигорання, робочого вигорання, вигорання через спілкування з людьми. iOS: <https://itunes.apple.com/ru/app/welltory-personal-nuj-analitik/id1074367771?mt=8&ign-mpt=uo%3D8>*

MBI-HSS був розроблений К. Маслач та С. Джексон для оцінки компонентів вигорання: емоційного виснаження, деперсоналізації та ставлення до професійних досягнень.

Методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка визначає фази та симптоми синдрому емоційного вигорання:

1. Симптоми **фази напруження**: переживання психотравмуючих подій, відчуття «загнаності до клітки», тривога та депресія, незадоволеність собою.

2. Симптоми **фази резистенції**: редукція професійних обов'язків, розширення сфери економії емоцій, неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезадаптація.

3. Симптоми **фази виснаження**: емоційний дефіцит, психовегетативні та психосоматичні порушення, емоційна відстороненість, особистісна відстороненість.

Синдром вигорання має складну багатогранну структуру, що включає наявність компонентів, фаз та груп симптомів (рис. 9.3).

Основними компонентами вигорання виступають в емоційній сфері — *емоційне виснаження*, в когнітивній — *деперсоналізація*, мотиваційно-вольовій — *оцінка особистісних досягнень*.

Емоційне виснаження відображає почуття емоційної спустошеності й втоми, викликане власною роботою.

Деперсоналізація включає дистанціювання та розвиток негативно-го ставлення до своїх колег і пацієнтів.

Оцінка особистісних досягнень віддзеркалює самооцінку продуктивності, ефективності, досягнень спеціаліста у професійній діяльності або виникнення почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неспіху в ній.

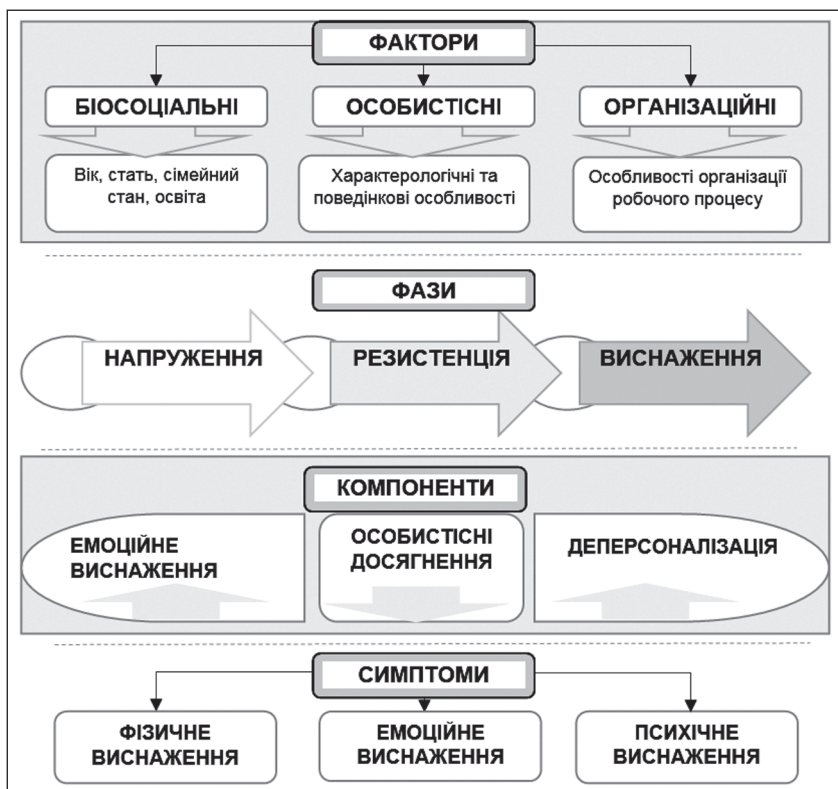


Рисунок 9.3. Структура синдрому вигорання

Залишається відкритим питання про динамічний причинно-наслідковий взаємозв'язок трьох вищезгаданих компонентів синдрому емоційного вигорання. Одними авторами первинною патогенетичною ланкою називається почуття зниження особистої ефективності й емоційне виснаження, а деперсоналізація — копінг-механізмом. На думку інших, синдром емоційного вигорання починається з деперсоналізації, наслідком якої стають низька особиста ефективність, а потім — емоційне виснаження. Треті вважають, що емоційне виснаження відкриває шлях деперсоналізації, що, у свою чергу, приводить до низької особистої продуктивності в роботі.

Виявлено, що серед лікарів високий рівень емоційного виснаження визначається у 15–25 % працівників, деперсоналізація — у 4–15 %, знижена самооцінка особистісних досягнень — 30–65 %.

### ***9.3.2. Фази та динаміка синдрому професійного вигорання***

Вигорання — це динамічний поетапний процес, який розвивається у часі під впливом надмірного та тривалого стресу на роботі. Вигорання проходить низку послідовних фаз: напруження, резистенції та виснаження. Фаза напруження відображає зіткнення з психотравматичними компонентами професії; резистенція описує шляхи пристосування до робочого стресу, що спрямовані на скорочення обов'язків, які пов'язані з емоційними затратами; фаза виснаження свідчить про злам психологічної адаптації та виникнення змін у фізичному стані (рис. 9.4).

Наявність, вираженість та спектр симптомів вигорання залежать від взаємодії специфіки професійної діяльності та персональних особливостей працівника. Спеціалісти з високим адаптаційним ресурсом здатні пристосуватися до високого рівня професійного стресу, тоді як у робітників з низьким ресурсом вигорання може розвиватися і при незначних професійних труднощах.

Професійна адаптація молодого спеціаліста проходить поступово. Наприклад, у роботі спеціалістів паліативної допомоги має місце період тривалістю від 12 до 24 місяців, який складається із різних стадій, протягом яких професіонали досягають прогресу в удосконаленні навиків догляду за термінальними пацієнтами.

Медичний персонал проходить наступні стадії: «становлення інтелекту», «травма/емоційне виживання», «депресія», «емоційне виживання», «глибоке співчуття»:

— стадія 1 — «становлення інтелекту» — триває перші 3 місяці та характеризується набуттям знань та виникненням сумнівів у правильності вибору медичної професії. Медичні працівники витрачають багато зусиль на пошук професійної інформації, в тому числі щодо питання смерті;

— стадія 2 — «травма/емоційне виживання» — триває наступні 3 місяці. Медик переживає психоемоційне занепокоєння, напруження та почуття провини за свій здоровий фізичний стан, тоді як пацієнт помирає;

— стадія 3 — «депресія» — також триває 3 місяці та переживається дуже болісно. Медичний працівник усвідомлює масштабність смерті як частини людського життя. Саме на цьому етапі спеціалісти найчастіше покидають паліативну допомогу;

— стадія 4 — «емоційне виживання». Даного етапу спеціалісти досягають, коли навчаються справлятися зі страхом смерті та почуттям провини за свій добрий фізичний стан. Депресивний стан минає, біль втрати, що супроводжує смерть пацієнтів, періодично виникає, проте не справляє такого негативного впливу, як раніше;

— стадія 5 — «глибоке співчуття». На цій стадії спеціаліст стає здатним на значну професійну самовіддачу, самопізнання, виникає відчуття повної самореалізації, присутнє реальне усвідомлення хвороби і смерті.

Подібна психологічна етапність властива і іншим лікарським спеціальностям, коли молодий спеціаліст зіштовхується з новими вимогами та має оволодіти не лише суто медичними, але і психологічними компетенціями. Кожен лікар рано чи пізно зіштовхується із втратою



**Рисунок 9.4. Фази вигорання**

пацієнта, інтенсивними емоціями хворого та його сім'ї, коли можливості медицини вичерпані, досягнути бажаного результату (вилікувати повністю) неможливо. Паліативну ланку відрізняє те, що медичний працівник опиняється у такій стресовій ситуації одразу.

### 9.3.3. Фізичні, емоційні та психічні симптоми професійного вигорання

Виокремлюють фізичні, емоційні та психічні симптоми вигорання.

До **ознак фізичного виснаження** відносяться:

- хронічне відчуття втоми, слабкість, втрата життєвого тону;
- головні болі напруження, біль у спині, м'язове напруження, гастроінтестинальні та кардіоваскулярні симптоми;
- порушення сну;
- сприйнятливості до інфекційних захворювань;
- підвищена захворюваність та травматизм.

**Емоційні симптоми** представлені:

- відчуттям пригніченості, тривоги, безпорадності, безнадії;
- підвищеною напруженістю та конфліктністю у сім'ї;
- збільшенням частоти та інтенсивності негативних емоцій та зменшенням позитивних.

**Психічні прояви** включають незадоволення та негативне ставлення до себе, роботи та життя в цілому; підкреслено іронічне світосприйняття, втрату почуття гумору, песимізм, роздратованість, відгороженість, зниження здатності до подолання стресів, нездатність стримати емоційні реакції (сльози, смуток) під час спілкування з пацієнтами, депресивні і пригнічені реакції, дратівливість, агресію щодо пацієнтів, погіршення пам'яті, уваги.

**Поведінкові прояви:** прогули, напружене очікування кінця робочого дня, зменшення часу контакту з пацієнтом та колегами, стереотипна негнучка поведінка, звичні прості в роботі.

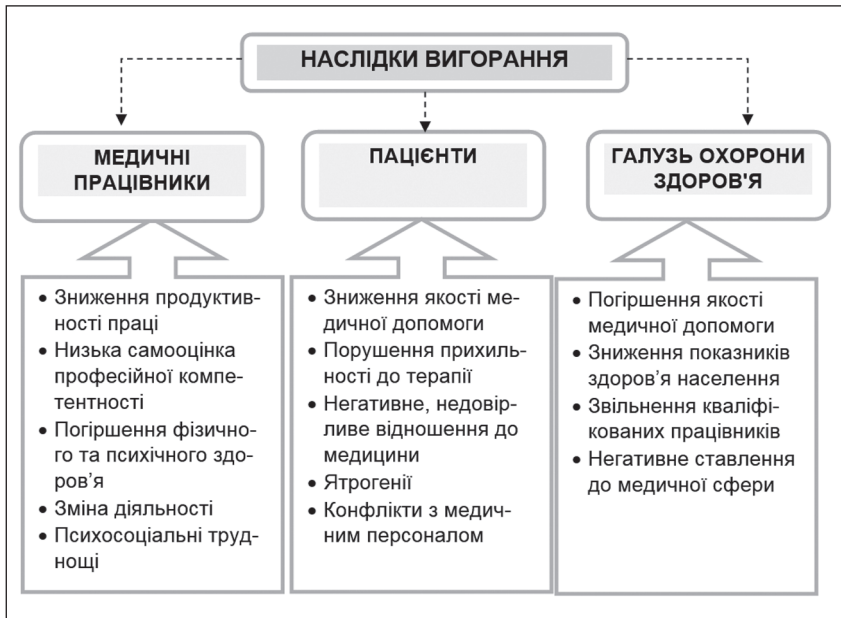
Девіантні форми поведінки — вживання алкоголю/наркотиків, службові і неслужбові романи, дрібні крадіжки, ризикована поведінка на дорозі.

Вивчення феномену вигорання є важливим питанням практичної медицини у зв'язку з негативними наслідками для працівників та сфери діяльності в цілому (рис. 9.5, 9.6).

### 9.3.4. Профілактика та медико-психологічна допомога при синдромі професійного вигорання

Висока стресогенність та психотравматичність професійної діяльності у сфері медицини обумовлює потребу в розробці та впровадженні медико-психологічних заходів для медичного персоналу:





**Рисунок 9.5. Наслідки вигорання працівників у медичній галузі**



**Рисунок 9.6**

інформування (психоосвіта) та навчання базових навичок професійної взаємодії з пацієнтом (психологічний тренінг).

З метою запобігання формуванню емоційного вигорання, а також покращення взаємодії лікаря та пацієнта у 90-ті роки ХХ ст. почали активно розроблятися напрями роботи з медичним персоналом у вигляді **психоосвітніх програм** та **комунікативних тренінгів**. Програми тренування навичок спілкування та закріплюючі семінари тривалістю до 40 годин сприяють підтриманню набутих навичок спілкування з пацієнтами на термін більше 2 років. Зазвичай тренінги орієнтовані на навчання основ ефективного слухання, використання в бесіді відкритих запитань, узагальнень, покращення розпізнавання емоційних сигналів пацієнта, регулювання власного емоційного стану, підвищення емпатійності (співчуття та розуміння). Отримані навички приводять до формування достатнього терапевтичного альянсу з пацієнтом і, як наслідок, залученості хворого у процес лікування — покращенню його психологічної адаптації.

У протидії емоційному вигоранню важливою є роль підвищення рівня поінформованості з питань психології хворого, психології медичного працівника, психології лікувально-діагностичної взаємодії, пропедевтики психічних захворювань.

Основними психологічними компетенціями професійної взаємодії лікарів, що сприяють професійній адаптації, є навички:

- налагодження та підтримання контакту з пацієнтом, достатнього для реалізації основних лікувальних завдань;
- повідомлення несприятливих новин, тяжкого діагнозу;
- ведення «переговорів щодо терапії» — вміння у доступній формі донести до хворого важливу інформацію щодо лікування захворювання, мотивувати до терапії, обґрунтовувати зміни лікувальної тактики відповідно до змін клінічних завдань;
- рівень поінформованості щодо питань медичної психології та лікувально-діагностичної взаємодії;
- діагностування порушень психічної діяльності на рівні норма/розлад, а також орієнтування щодо необхідності залучення спеціаліста з психічного здоров'я та застосування психофармакотерапії;
- структурування та організації робочого часу;
- протидії професійному стресу (безпечні для здоров'я методи зняття психічного напруження, адаптивний профіль копінгу).

Пропонується кілька шляхів профілактики і корекції синдрому професійного вигорання:

1. Правильна організація робочого часу, різноманітність професійної діяльності:

- своєчасне чергування роботи і відпочинку;

- поєднання практичної роботи з навчанням, дослідженнями, написанням наукових статей;

- участь у семінарах, конференціях, зустрічах із новими колегами, обмін досвідом;

- участь у роботі професійної групи, що дає можливість обговорити виниклі особисті проблеми, пов'язані з роботою;

- одержання соціальної підтримки від колег і інших референтних груп;

2. Зміна установок стосовно роботи:

- відділення професійної діяльності від особистого життя (поза роботою відключатися від роботи), вироблення ритуалів типу «ритуал білого халата» (приходячи на роботу, лікар надягає халат і включається у свою роль: він уважний, терпимий і добрий до пацієнтів, прагне їм допомогти; наприкінці робочого дня лікар знімає халат і разом з ним знімає проблеми, що нагромадилися за робочий день);

- відмова від завищених очікувань — завжди бути переможцем, швидко досягти позитивних результатів у роботі і житті;

- відмова брати на себе більше відповідальності за пацієнта, ніж робить він сам;

- відкритість новому досвіду;

- культивування інших, не зв'язаних з роботою інтересів (соціальна активність, спілкування з друзями, нові знайомства, хобі);

- дотримання режиму сну і харчування, оволодіння технікою медитації.

Щоб уникнути синдрому вигорання, медичний працівник повинен періодично оцінювати своє життя взагалі — чи живе він так, як йому хочеться, чи подобається йому займатися своєю справою, і якщо ні — що потрібно зробити для позитивних зрушень.

Тобто медико-психологічна допомога медичному персоналу має включати:

1) визначення основних стресогенних ситуацій, що сприймаються як психотравматичні;

2) рефлексію емоційних станів, пов'язаних із психотравмуючою ситуацією; усвідомлення особистісного значення стресогенної ситуації;

3) формування особистісного ставлення до питань, пов'язаних із фізичними стражданнями, старінням, смертю;

4) визначення та підбір основних способів зменшення психоемоційного напруження та регуляції емоційних станів; оптимізацію організації професійної діяльності та робочого часу (рис. 9.7).

Важливе значення має психопрофілактика. До заходів первинної психопрофілактики відносять, з одного боку, впровадження загально-

гігієнічних рекомендацій щодо організації праці на робочому місці, режиму праці та відпочинку, з іншого — здійснення більш специфічних заходів, що коригують ініціальні прояви синдрому на доклінічному рівні і підвищують психологічну стійкість. Для вторинної профілактики та психологічної корекції синдрому вигорання при вже сформованій стадії резистентності заходи спрямовують на запобігання переходу стану резистентності у фазу виснаження, а при сформованому виснаженні — на недопущення хроніфікації психосоматичних і астенодепресивних розладів.

Яким чином уникнути синдрому професійного вигорання?

— Намагатися розраховувати і обдуманно розподіляти свої навантаження.

— Вчитися переключатися з одного виду діяльності на інший.

— Простіше ставитися до конфліктів на роботі.

— Не намагатися завжди і в усьому бути кращими.

— «Ефект тумблера»: знайти місце зупинки роботи.

— Ніколи не страждати наодинці (не тримати в собі свої тривоги, проблеми), поговорити з тим, кому довіряєте, — подругою, котом (мовчазним і вдячним слухачем).

— Прийняти теплий душ, розслабитися і дати волю сльозам (вода їх змие, а шум води заспокоїть).



Рисунок 9.7

— Ретельно проаналізувати ситуацію: там, де немає виходу, повинен бути вхід (у нову ситуацію життя).

— Працювати над подоланням стереотипів у роботі.

— Пам'ятати про різні види психотерапії та використовувати їх.

— Використовувати способи саморегуляції.

— Зайнятися іншою (паралельною) діяльністю.

— Балінтівські групи.

— Неформальні відносини на роботі.

— Турбуватися про когось за межами роботи.

— Думати про майбутнє і обов'язково планувати до деталей.

— Тренуватися: думати про їжу, коли їсте, і про чашку, коли її миєте.

— Робота — щоденний епізод життя. Суть життя в іншому. В чому саме для вас?

— Ставитися до того, що ви робите, як до роботи, яка обов'язково має позитивні й негативні сторони.

— Аналізувати, чого ви досягнули і якими зусиллями.

— Вести щоденник, фіксувати найбільші враження та свою допомогу комусь.

**Запобігання вигоранню за Альфредом Ленглі:**

Поставити собі прості запитання:

1) Для чого я це роблю? Який у цьому сенс? Чи є це для мене цінністю?

2) Чи подобається мені робити те, що я роблю? Чи відчуваю я, що це добре? Настільки добре, що я роблю це охоче? Чи приносить мені те, що я роблю, радість?

Може бути, не завжди справа буде складатися таким чином, але почуття радості й задоволення повинно переважати.

**Зрештою поставити інше, більш масштабне запитання: чи хочу я заради цього жити? Якщо я буду лежати на смертному одрі й обернуся назад, чи хочу я, щоб було так, що я заради цього жив?**

### 9.3.5. Балінтовські групи

Так звані балінтовські групи, названі за іменем автора — Міхаеля Балінта, існують ще з середини 50-х років ХХ ст., започатковані у Лондоні.

На сьогодні це одне із самих ефективних психологічних середовищ комунікації медичного персоналу, спрямоване не стільки на вузьке поняття вдосконалення професіоналізму, скільки на комунікацію, влаштування взаємодії між медперсоналом, розуміння комунікації між

лікарями та пацієнтами, а також ефективно виконує функцію запобігання професійному вигоранню.

На відміну від звичних клінічних розборів та обговорень, у цих групах увага приділена не клінічному аналізу пацієнта, а особливостям взаємодії між лікарем та пацієнтами (особливості реакцій, проблеми комунікації, ідіосинкразії, складнощі, невдачі); ці питання лікарі за своїм бажанням, зберігаючи конфіденційність, самі виносять на обговорення групи.

Зазвичай балінтовська група — це група лікарів, психологів, соціальних працівників із 8–12 чоловік, які за домовленістю зустрічаються кілька разів на місяць після роботи або на вихідних упродовж декількох років. Зустрічі тривають до 1,5–2 годин. Керівниками цих груп є, як правило, досвідчені лікарі або психологи (лідер та колідер), вони ж і організують зустрічі, повідомляючи про місце і час. Керівники можуть мінятися, але завжди нові керівники групи повинні бути авторитетами у своєму колективі, і не лише формально.

Стиль ведення зборів групи не директивний. У групу не рекомендується включати керівників закладів, учасників, що знаходяться на роботі в прямому підпорядкуванні. Це може порушити відчуття конфіденційності та свободи висловлюватися, не приховувати свої переживання.

По суті, балінтовські групи — це самоврядування рівних, у яких виникають закономірні групові процеси, які керівник групи спрямовує через інших учасників на вирішення проблеми, що озвучив хтось із групи. Для полегшення такого висловлювання в балінтовській групі можуть використовуватися ролеві ігри, елементи психодрами, тренінг сенситивності, прийоми емпатійного слухання і невербальної комунікації та ін.

Учасники груп розповідають про випадки із професійної практики, прояснюють власні почуття щодо пацієнта, намагаються зрозуміти за допомогою рефлексії інших учасників стереотипи своєї професійної поведінки, що перешкоджають вирішенню проблем, і перепони, які завадили ефективній комунікації з пацієнтом чи медичним персоналом. Реагування інших лікарів не має засуджуючого чи повчального характеру. Ділитися відчуттями та емоціями або навіть власними спогадами свого професійного життя є більш ефективним, ніж просто повчання та настанови. Ведучий стежить за цими взаємодіями та робить висновки, підштовхуючи доповідача до самостійного розуміння причин своєї конкретної проблеми, що обговорюється.

Газолішин В.А.: «Сама робота в балінтовській групі проводиться, як правило, за таким сценарієм: протагоніст — учасник групи, лікар (психолог, соцпрацівник...) висловлює бажання розповісти про стосунки,

які у нього склалися з його пацієнтом. Він розповідає в кількох словах про діагноз пацієнта, про його скарги і детально зосереджується на тих переживаннях, які у нього викликає пацієнт.

Далі детально описує зовнішність пацієнта, вік, стать, ім'я, його манеру говорити, жести, одяг. Описує його сімейний стан, професію, рівень освіти. Група може поставити кілька запитань протагоністу з метою глибшого проникнення в суть стосунків.

Надалі протагоніст мовчить і настає час роботи групи, а саме: учасники групи діляться своїми переживаннями щодо почутого, описують свої тілесні відчуття, описують свої думки. Учасники групи на наступному етапі роботи пробують сформулювати (за допомогою існуючої об'єктивної інформації, яку надав лікар, і суб'єктивного матеріалу, з власних переживань учасників групи) запит: чого ж хоче лікар від групи, яка у нього складність з цим пацієнтом. Кожен з учасників групи має можливість, як казав Балінт, «вдягти взуття лікаря» і відчувати себе на його місці: сказати, як себе почуває лікар у цих стосунках. Часто ті переживання, які висловлюють учасники групи, самим лікарем були проігноровані, вважались неважливими або приховувались, оскільки лякали його, оцінювались як непристойні, викликали неприємні почуття...

Далі учасники групи пробують в цих стосунках побачити пацієнта. Вони ще раз перераховують те, що вони знають про нього, і намагаються «вдягти взуття пацієнта» і відчувати себе в його ролі: говорять від його імені, висловлюють думки, почуття, тілесні відчуття. На основі отриманого матеріалу — об'єктивних даних лікаря і суб'єктивних переживань у «взутті пацієнта» — пробують сформулювати запит пацієнта: сказати, чого пацієнт хоче від лікаря. Часто на цьому етапі лікар отримує таку інформацію про свого пацієнта, яка при реальних стосунках ним (лікарем) була непомічена або з певних причин прихована самим пацієнтом. Наступний етап роботи групи — це психодраматична сценка, яку розігрує група, — сценка наступної зустрічі лікаря і пацієнта. Хтось із групи визивається на роль пацієнта, а хтось — на роль лікаря. Часто буває так, що на роль себе протагоніст рекомендує когось із групи, а на роль пацієнта може бути хтось рекомендований лідером групи.

Учасники групи в ролі лікаря і пацієнта говорять від їх імені і пробують, відштовхуючись від власних переживань ролі, висловлювати всі думки, які їм спадають на думку, спонтанно. Така робота групи часто показує значно більше, що ж відбувається в стосунках лікаря і пацієнта, оскільки дає досвід стосунків «зі сторони», досвід спостерігача для протагоніста/лікаря. Часто лікарі бувають настільки втягнутими в стосунки зі своїм пацієнтом, що не помічають того, що буває приховано за

цими стосунками. Наприклад: стосунки «лікар — пацієнт», де пацієнт у депресії, нагадують стосунки надмірно опікуючої мами і маленької немічної дитини, що насправді не допомагає пацієнту побороти хворобу, а ще більше прив'язує пацієнта до лікаря і робить його залежним, загострює почуття немічності, неповноцінності, неспроможності.

Досвід не втягнутого спостереження за подіями стосунків лікаря і його пацієнта знімає з лікаря почуття надмірної відповідальності за долю і життя пацієнта, особливо в моментах схожих доль — тоді, коли життя пацієнта чимось нагадує життя лікаря. У моменти втягування в долю пацієнта лікар часто несвідомо не стільки лікує пацієнта, скільки хоче змінити щось у власному житті за допомогою пацієнта.

Після сценки учасники групи діляться враженнями від побаченого, чим дають можливість протагоністу/лікарю ще раз подивитись на ці стосунки зі сторони, знову ж таки без втягування в ситуацію.

На наступному етапі протагоніст може сказати, що бере собі для роботи, якого висновку він дійшов і що він відчуває зараз в тілі і в емоціях. Часто протагоністи після виконаної групою роботи відчувають значне полегшення, відчувають фізичні зміни в тілі: «стало легше дихати», «зникла напруга», «з'явилися відчуття безпеки і спокій», «я відчуваю себе зараз значно впевненішим (впевненішою)». На останньому етапі учасники групи діляться своїми почуттями від роботи, і ті учасники групи, які грали ролі у сцені, мають можливість перевірити себе — вийшли вони з ролі чи ні: відбувається так званий процес деролізації — вихід із ролі [20].

Участь в балінтовських групах є вельми ефективною, якщо група працює постійно і має хорошого фахового керівника. Вона стає навіть психотерапевтичним середовищем щодо синдрому вигорання та сприяє позитивній зміні професійного «я», дозволяє розширити здатність групи фахівців краще розуміти проблеми пацієнтів і ухвалювати ефективні рішення.



**Рисунок 9.8**



## Запитання для контролю і самоконтролю

- Які психологічні типи лікарів виділяють?
- Охарактеризуйте психологічні типи медичних сестер?
- Якою має бути тактика професійної взаємодії лікаря у випадку консультування пацієнта іншого лікаря?
- Яку комунікативну підготовку має здійснити лікар при консультуванні власного пацієнта іншим спеціалістом?
- В яких випадках потрібно представляти кейс лікування пацієнта на клінічному розборі? Яка інформація має бути подана на клінічному розборі?
- Які групи факторів визначають професійний стрес у медичній сфері?
- Назвіть причини та прояви професійної деформації.
- Перелічіть компоненти емоційного вигорання.
- Які фактори розвитку емоційного вигорання?
- Охарактеризуйте особистісні фактори розвитку синдрому емоційного вигорання.
- Опишіть організаційні фактори синдрому емоційного вигорання.
- Які прояви емоційного вигорання?
- Охарактеризуйте вплив синдрому емоційного вигорання на професійну діяльність лікаря.
- Якою є роль комунікативних тренінгів у профілактиці синдрому емоційного вигорання?
- Які основні заходи профілактики емоційного вигорання?

## Ситуаційні завдання

1. Пацієнт потребував консультації суміжного спеціаліста для визначення подальшої тактики лікування. Проте, коли консультант прийшов у відділення, пацієнта не було в палаті і його довелося шукати. Пацієнта не повідомили про консультацію, він поведився насторожено, відповідав неохоче. Консультант висловив незадоволення ситуацією лікуючому лікарю. *Яких помилок припустився лікар, який звернувся за консультацією до суміжного спеціаліста? Якою має бути тактика лікаря у випадку консультування пацієнта іншим спеціалістом?*

2. При консультації пацієнта в іншого лікаря консультант критикував призначення і порекомендував іншу схему терапії. Оскільки консультація відбувалася у багатомісній палаті, при розмові були присутні також інші пацієнти.

*До яких наслідків може привести така тактика лікаря-консультанта? Якою є оптимальна тактика професійної взаємодії у даній ситуації?*

3. Лікар почав скаржитися колегам на сильну втому після роботи, зниження настрою, відсутність задоволення від діяльності, став дратівливим, іноді нестриманим із пацієнтами, часто усамітнювався та не мав бажання спілкуватися з рідними та друзями.

*Про який психологічний феномен йдеться? Охарактеризуйте його, визначте можливі причини виникнення та запропонуйте заходи профілактики та корекції.*

4. Під час консультування пацієнтів лікар часто поводить себе відсторонено, категорично характеризує поведінку та не враховує емоційний стан хворого.

*Про яку складову емоційного вигорання йдеться? Які причини могли відіграти роль у формуванні даної складової?*

## Рекомендована література

1. Пилягіна Г.Я., Хаустова О.О., Чабан О.С. та ін. *Медицина психологія: в 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія* [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.

2. Пилягіна Г.Я., Хаустова О.О., Марута Н.О. та ін. *Медицина психологія: в 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія* [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.

3. Чабан О.С., Дорохіна А.О. *Burn out синдром. Методичні рекомендації з виявлення, запобігання та корекції синдрому професійного вигорання*. Асіно Україна, 2020. 51 с.

4. Чабан О.С., Сальнікова А. *Burn out: українські реалії (на прикладах деяких лікарських професій). Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. Т. 4. № 2. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/203#author-2>

5. Марута Н.О., Чабан О.С., Коленська Г.Ю. *Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я*. *Здоров'я України*. 2019. № 3(50). С. 2, 6-7.

6. *Короткий курс лекцій з дисципліни «Психологія»*. Режим доступу: <https://studme.com.ua/158407205608/psihologiya/psihologiya.htm>

7. Тимків І.С., Тимків І.В., Близнюк М.В., Венгерович О.З., Ромаш Н.І., Гавриш І.Т. *Лікар і пацієнт: психологічні типи лікарів*. *Архів клінічної медицини*. 2012. № 2(18). С. 120-121.

8. Беденко-Зваридчук О. *Культура поведінки та етика взаємин у роботі медичної сестри*. *Новини медицини та фармації*. 2013. № 9(460). *Режим доступу*: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36136#prettyPhoto>

9. Мухаровська І.Р. *Клініко-психологічна характеристика психоемоційних порушень та система медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці (феноменологія, механізми психопатогенезу та адаптаційна модель психоонкологічної допомоги): Автореф. дис... д-ра мед. наук: спец. 19.00.04 «медична психологія». Харків, 2017. 48 с.*

10. Коваль І.А., Максименко С.Д., Папуча М.В., Максименко К.С. *Медична психологія: Підручник для студентів вищих навчальних закладів. Вінниця: Нова книга, 2010. 516 с.*

11. Юрьева Л.Н. *Профессиональное выгорание у медицинских работников. К.: Сфера, 2004. 272 с.*

12. Орел В.Е. *Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования. Журнал практической психологии и психоанализа. 2001. № 3. С. 76-97.*

13. *Комунікативні навички лікаря: Конспект лекцій. Заг. ред. О.С. Чабан. К.: LAT&K, 2017. 152 с.*

14. Maslach C., Job Burnout C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. *Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 397-422.*

15. Rasmussen V., Turnell A., Butow P. et al. *Burnout among psychosocial oncologists: an application and extension of the effort-reward imbalance model. Psychooncology. 2016. Vol. 25(2). P. 194-202.*

16. Russell K. *Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting. Oncol. Nurs. Forum. 2016. Vol. 1. Issue 43(1). P. 103-109.*

17. Gillman L., Adams J., Kovac R. et al. *Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. JBI Database System Rev. Implement Rep. 2015. Vol. 13(5). Issue 12. P. 131-204.*

18. Rath K.S., Huffman L.B., Phillips G.S. et al. *Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. American Journal of Obstetrics Gynecology. 2015. Vol. 213(6). P. 1-9.*

19. Кужель І.Р. *Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоедукативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу. Медична психологія. 2010. № 1. С. 34-39. ■*

# Розділ 10.

## Професійна комунікація з психологічно важкими пацієнтами в окремих клінічних ситуаціях

Чабан О.С., Олійник А.О.

**Ключові поняття теми:** терапевтична взаємодія, психологічно важкий пацієнт, тип реагування на хворобу, агравація, симуляція, маніпуляція, контрперенос, психологічні типи лікарів.

### 10.1. Терапевтична взаємодія з психологічно важким пацієнтом

Терапевтична взаємодія — це не просто взаємодія лікаря з пацієнтом із певним типом психіки та психології. Це взаємодія двох типів психіки — лікаря і пацієнта, двох життєвих історій і двох неусвідомлених психологічних світів.

У цій взаємодії в кожного лікаря бувають пацієнти, яких умовно можна було би назвати психологічно важкими для медичної комуні-



**Рисунок 10.1. Проблеми терапевтичної взаємодії**

кації, вироблення ефективної прихильності до лікування та й загалом для спілкування.

### ***10.1.1. Психологічно тяжкий пацієнт***

Психологічно тяжкий пацієнт — це не пацієнт, який внаслідок соматичної чи психічної патології є складним у діагностиці, лікуванні та реабілітації. Це не пацієнти зі складними коморбідними розладами та такі, які з тих чи інших причин не хочуть лікуватися.

Тяжкі (проблемні) пацієнти — це звичайні люди, які приходять до лікувального закладу, тому що вони вимушені, а не тому, що вони цього хочуть. Вони мають великий діапазон особливостей особистості, культурального фону та поточного емоційного стану, усвідомлені, а часто неусвідомлені проблеми. Це пацієнти, яких лікар зустрічає в своїй практиці майже щодня. Але ці пацієнти завжди викликають у лікаря внутрішній опір, незрозумілу йому ідіосинкразію та створюють проблему у формуванні ефективної прихильності та адхеренсу. Чому так відбувається?

Причина може бути в пацієнті — його психологічних особливостях, стилі поведінки, неусвідомлених взаємодіях із лікарем. Причиною може бути особистість самого лікаря або певні особливості обох сторін взаємодії.

***Психологічно тяжкий пацієнт — це пацієнт, який в результаті власних особистісних рис, розуміння процесу лікування, оцінки себе та своєї проблеми створює психологічні проблеми для лікаря, робить його зусилля недостатньо ефективними, знижує самооцінку лікаря та є одним із факторів емоційного вигорання лікаря.***

Щоб уявити певні нюанси цієї взаємодії, потрібно зрозуміти деякі особливості поведінки пацієнтів.

### ***10.1.2. Психологічний тип «активний пацієнт»***

Із пацієнтами, з якими складно досягати хорошого рівня спілкування, накладається ще один важливий фактор успіху лікування априорі. Так, наведені нижче цифри ніяк не можуть тішити ні лікаря, ні його пацієнта: відсутність терапевтичної відповіді на стандартне медикаментозне лікування при хворобі Альцгеймера досягає 80 %; вірусній патології — 75 %; мікробній патології — 60 %; онкопатології — 55 %; патології серцево-судинної системи — 50 %; тривожних розладах — 50 %; алергічній хворобі — 45 %; депресивних розладах — 38 %.

Зрозуміло, що в цій ситуації ступінь продуктивного контакту лікаря з пацієнтом набуває особливого значення. Саме тому певні особли-

вості пацієнта, які роблять його умовно психологічно тяжким, можуть стати на заваді вироблення ефективного терапевтичного альянсу.

Спробуємо розібратися в цій проблемі. Почнімо з того, що всі пацієнти певною мірою бояться своєї хвороби, її можливих наслідків — інвалідності, смерті. Вони по-різному реагують на госпіталізацію, перебування в лікарні, лікування, режим, вимушену бездіяльність, обмеження особистої свободи й на спілкування з іншими хворими. Медичному працівникові дуже важливо знати психологію пацієнтів.

В ідеалі лікар очікує працювати з психологічним типом пацієнта, який умовно можна назвати «**активний пацієнт**».

Це позитивний тип пацієнта. Він тверезо ставиться до свого захворювання, не засмучується, не вимагає надмірної уваги до себе. Спокійно й сумлінно виконує всі призначення, активно допомагає лікареві в боротьбі з хворобою. Настрій у нього рівний, бадьорий: він упевнений у своєму одужанні й терпляче чекає його. Такий хворий швидко звикається з лікарняним режимом, з сусідами по палаті. Вимушена бездіяльність не обтяжує його. Він знаходить собі заняття: читає, пише, щось майструє, якщо є можливість — допомагає іншим хворим у палаті.

До цієї ж категорії належить більшість невиліковних хворих, приречених на інвалідність: паралізовані, ті, хто втратив кінцівки, сліпі та ін. Вони не підкоряються своїй недузі. Пацієнти з параплегією завдяки своїй активності уникають розвитку пролежнів, самі обслуговують себе при розладах тазових органів, звикають самостійно користуватися інвалідним візком. Люди з втраченим зором освоюють читання книг з опуклим шрифтом, різні ремесла, нерідко стають лекторами, викладачами. Глухонімі навчаються в спеціальних школах розмовляти, читати, писати й набувають спеціальність.

У цих випадках люди з особливими потребами завдяки своїй активності й використанню так званої залишкової працездатності стають корисними членами суспільства. Цей процес називається реадaptaцією (вторинне пристосування до праці) або реабілітацією (відновлення громадського стану хворого нарівні зі здоровими людьми).

Чудовим прикладом всеперемагаючої волі може бути життя деяких письменників та композиторів, які, навіть ставши паралізованими або втратили сенсорні функції (наприклад слух чи зір), продовжували творити. Такими були Людвіг ван Бетховен, Йоганн Себастьян Бах, Бедрих Сметана, Піт Таунсенд та ін.

Проте не всі пацієнти належать до даного психологічного типу. Є низка пацієнтів, які становлять проблему в процесі лікування.

### **10.1.3. Проблемні пацієнти для ефективної комунікації**

Основні складні комунікативні ситуації, обумовлені емоційним станом пацієнта, його когнітивними або поведінковими особливостями (злий, сердитий або вороже налаштований пацієнт; тривожний пацієнт; пригнічений або сумний пацієнт; іпохондричний пацієнт; підозріливий пацієнт; залежний (від члена родини або стосунків) пацієнт; розсіяний або неухважний пацієнт; маніпулятивний пацієнт; мовчазний або замкнутий пацієнт; балакучий пацієнт тощо), були описані в розділі 5. Втім варто зупинитися на деяких ознаках таких пацієнтів, що особливо ускладнюють професійну комунікацію.

*Підозріливі (тривожно-підозріливі).* Вони — теоретики (думаючий тип, за Іваном Павловим), які прагнуть довідатись все про свою хворобу від сусідів по палаті, медичного персоналу, знайомих, із медичних книг. Але набуті ними напівзнання не сприяють заспокоєнню, а часто є більш шкідливими, ніж повна відсутність знань про свою хворобу. Незважаючи на скептичну налаштованість, такі пацієнти легко піддаються навіюванню неприємних думок, що стосуються їхньої хвороби. Вони не можуть позбутися своїх нав'язливих страхів і вигаданих хвороб, хоч і розуміють їх необґрунтованість, а часом і безглуздість. У таких пацієнтів часто бувають уявні гастрити, виразки шлунка, холецистит, захворювання серця, дифузні прояви вегетосудинної дистонії.

*Боягузливі пацієнти* — різновид, близький до підозріливих. Здебільшого це люди, які погано знають медицину. Їхні діагнози обмежуються словами «печінка», «серце», «голова», іноді з уточненням — «рак», «інфаркт», «гіпертонія». Але йти до лікаря вони уникають, побоюючись, що вигаданий діагноз може підтвердитись. Вони зазвичай ще з дитинства бояться будь-яких медичних маніпуляцій і особливо ін'єкцій. Часто філософія їхнього життя зводиться до формули: «як буде — так і буде», «що Бог дав — те і буде», «на все воля Божа», «якось само вирішиться».

*Удавані (конверсійні)* пацієнти відрізняються від боягузливих тим, що вони охоче йдуть до лікарів, піддаються різним, часто неприємним діагностичним маніпуляціям, наприклад рентгенівському дослідженню шлунка, взяттю шлункового соку, дуоденальному зондуванню, колоноскопії та ін., акуратно роблять усі призначувані аналізи. Незважаючи на негативні результати всіх досліджень і запевнення лікарів, що підозрюваної хвороби немає, ці пацієнти іноді роками відвідують кабінети поліклінік та стаціонарів. Вони «люблять» лікуватися. Як правило, такі пацієнти є активними дописувачами різних віртуальних форумів, онлайн-консультацій та порад. Вони активно знайомляться з

медичною та навколomedичною літературою, часто експериментують із БАДами та різними дієтами.

*Ліниві пацієнти.* Це пацієнти з наявними соматичними та психічними проблемами, здебільшого хронічними. Оскільки їхня хвороба не є тяжкою, вони не вважають її серйозною. Призначені ліки приймають час від часу, коли згадують, або після численних нагадувань. Вони часто не дотримуються рекомендованого режиму (наприклад, не роблять фізичних вправ, лікувальної гімнастики, щоденних прогулянок), не дотримуються призначеної дієти, не відмовляються від паління, вживання алкогольних напоїв тощо. Словом, не виконують усього, що потребує хоча б найменших зусиль волі або пов'язане з відмовою від звичок.

*Заглиблені в хворобу (іпохондричні).* Такий пацієнт підкорився своїй хворобі, звикся з нею, іноді вважає її невеликою, проте скрупульозно виконує всі приписи й рекомендації лікарів. День такого пацієнта розписаний по годинах. На спеціальному аркуші розмічені час приймання ліків, відвідання поліклініки для отримання фізіотерапевтичних процедур, дні прийому в лікаря. Хворий увесь час систематично, кілька разів на день вимірює температуру, рахує пульс, дуже цікавиться результатами багаторазово повторюваних аналізів. Якщо в нього гіпертонічна хвороба, то він із кожного приводу добивається повторного вимірювання тиску; якщо «сердечник», то домагається повторення ЕКГ, тощо. Уважно стежить за новинками в галузі медицини, передплачує або постійно купує науково-популярні медичні журнали та газети, має вдома фармакологічні та інші медичні довідники. Він завжди стежить за новими препаратами і, відвідуючи лікаря, з'ясовує, чи можна йому їх приймати.

Хвороба стає змістом і метою життя пацієнта. Оудужання може позбавити його інтересу до життя.

*Вередливі, метушливі пацієнти.* Дратівливість властива багатьом пацієнтам як наслідок їхньої хвороби, вимушеного перебування в лікарняній палаті й багатьох інших обставин. Але серед різних пацієнтів виокремлюється категорія метушливих, нетерплячих. Здебільшого це молоді люди, пов'язані з фізичною працею або з машинами та іншою технікою. Вони вважають, що людський організм також своєрідна машина. Вони чекають від медицини і вимагають від її представників швидкого «ремонту». Їм нема коли чекати, поки зламана кістка зростається. Їм здається, що уламки можна склеїти або зварити, як зварюють металеві конструкції. Ці пацієнти завжди в претензії до лікарів і конфліктують із ними. Вони порушують встановлений для них режим. Це



в них ламаються гіпсові пов'язки, розв'язуються бинти й трапляються різні «аварії». Вони твердять, що медична сестра робить ін'єкції не так, як треба, і не туди, куди слід, дає не ті ліки. Своєю метушливістю й нетерпінням вони часто самі затримують видужання й виписку з лікарні.

## 10.2. Тип реагування на хворобу як підґрунтя ефективності професійної комунікації

Найбільш продуктивний контакт з лікарем виникає при *гармонійному типі реагування*. Цей тип характеризується правильним, раціональним ставленням до хвороби, прагненням активно сприяти лікуванню, а при несприятливому прогнозі — переключенням уваги на інші справи та інтереси.

### 10.2.1. Типи реагування на хворобу

До проблемних, або психологічно тяжких, належать також пацієнти з певним психологічним типом реагування на власний хворобливий стан.

*Тривожно-депресивний*: у цих пацієнтів переважає тривога та пригніченість, безперервний неспокій щодо несприятливого перебігу хвороби, побоювання можливих ускладнень. Сумніви в ефективності лікування поєднуються з вимогами знайомства з об'єктивними даними обстеження, постійним пошуком нових засобів лікування, наміром знайти додаткову інформацію про хворобу та методи лікування.

*Депресивний*: пригніченість супроводжується песимістичними поглядами на можливість одужання та вираженими депресивними висловлюваннями. Особливого інтересу до обстеження та лікування вони не виявляють, заздалегідь переконані в поганих результатах.

*Обсесивно-фобічний (нав'язливо-тривожний)*: при цьому варіанті тривожна нерішучість більше стосується не реальних, а можливих ускладнень хвороби, а також мало реальних життєвих труднощів, пов'язаних із хворобою. Уявні побоювання хвилюють більше, ніж реальні.

*Іпохондричний*: постійна зосередженість на хворобливих відчуттях, переживання та безперервні розмови про хворобу призводять до перебільшеного суб'єктивного сприйняття наявних, пошуку уявних сторонніх хвороб. Бажання лікуватись поєднується з невірою в успіх терапії, вимоги обстеження — зі страхом шкідливості діагностичних процедур та інше.

*Неврастенічний:* для пацієнтів характерні спалахи дратівливості при болю, стражданнях, нетерплячисті у поєднанні з нездатністю чекати результатів лікування.

*Дисфоричний (гнівливий):* пацієнти цієї групи відзначаються пригнічено-злісним настроєм зі схильністю до спалахів крайнього невдоволення, вимагають до себе особливої уваги. Скрупульозно виконують призначення і водночас із підозрою і недовірою ставляться до нових призначень.

*Ейфоричний:* підвищений настрій пацієнтів обумовлює легковажність у ставленні до хвороби та лікування. Нерідко вони необґрунтовано сподіваються на те, що само все обійдеться. Тому порушують режим, навіть якщо це призведе до загострення перебігу хвороби.

*Анозогнозичний:* для цих пацієнтів характерне активне відкидання думки про хворобу та про її можливі наслідки. Прояви хвороби оцінюються як несерйозні відчуття, тому вони нерідко відмовляються від обстеження та лікування або обмежуються самолікуванням.

*Апатичний:* цей тип характеризується повною байдужістю до хвороби, своєї долі та наслідків лікування. Такі пацієнти втрачають інтерес до життя, до всього, що раніше їх цікавило. Пасивно підкорюються процедурам та лікуванню, якщо їх до цього спонукають близькі.

*Егоцентричний:* пацієнти цієї групи виставляють на показ свої хворобливі прояви близьким і оточуючим із метою заволодіти їхньою увагою, супроводжують вимогами виключного піклування про них.

*Зневажливий* пацієнт недооцінює серйозність захворювання, не лікується, не береже себе, щодо прогнозу виявляє необґрунтований оптимізм.

*Нозофобний* пацієнт надто боїться своєї хвороби, повторно обстежується, змінює лікарів. Він більшою або меншою мірою розуміє, що його страхи перебільшені, але не може боротись із ними.

*Нозофільний:* пов'язаний з певним заспокоєнням і приємними відчуттями при хворобі. Це впливає з того, що хворий не повинен виконувати свої обов'язки, діти можуть бавитись і мріяти, дорослі — читати або робити улюблену справу. Сім'я виявляє приємну увагу до хворого й турбується про нього.

*Утилітарний тип* є вищим проявом нозофільної реакції. Він може бути обумовлений трьома мотивами:

- отримання співчуття, уваги й кращого ставлення до себе;
- вихід з неприємної ситуації, як, наприклад, ув'язнення, військова служба, ненависна робота, необхідність платити аліменти;

— отримання матеріальної вигоди: більш ранньої чи більшої пенсії, відпустки, вільного часу.

Утилітарна реакція може бути більш або менш свідомою, вона може базуватись на нетяжкому й несерйозному захворюванні, а інколи може спостерігатись і у здорових людей. Це виявляється в агравації та симуляції.

**Аграванти і симулянти.** Агравациєю називається свідоме перебільшення симптомів хвороби. Симуляція — це пред'явлення вигаданої, удаваної хвороби. І те й інше трапляється не так рідко. У більшості випадків за допомогою агравації та симуляції пацієнти хочуть здобути якоїсь вигоди або переваги: отримати або продовжити лікарняний листок, пенсію або матеріальну компенсацію за виробничу травму, додаткову житлову площу відповідно до характеру захворювання, путівку на курорт тощо.

**Агравация** — перебільшення ознак захворювання й суб'єктивних скарг. Таке перебільшення може бути повністю свідомим, але може також обумовлюватись емоційними мотивами глибшого походження, наприклад страхом, недовірям, відчуттям самотності, безнадійності, що ніхто йому не вірить. До агравації схильні істеричні особи. При дослідженні вони охкають, стогнуть, здригаються від кожного дотику. Їхні скарги перебільшені.

Переходи від свідомої до менш свідомої агравації інколи бувають непомітними, а інколи навіть важко уловимими. Наприклад, хворий, у якого були виявлені незначні артрозні зміни в попереково-крижовому відділі хребта і який бачив больову реакцію при прийомі Ласега або знає про неї, від страху перебільшує вираженість цього симптому (повторне обстеження студентами больового синдрому). Невротик із переривчастим сном стверджує, що він взагалі не спить.

Мотивація агравації може бути зовнішньою, об'єктивною, або внутрішньою, суб'єктивною. Приклад зовнішньої мотивації: пацієнтові потрібно відремонтувати свою квартиру і він хоче продовжити листок непрацездатності, посилюючи свої скарги, заявляючи, що йому стало гірше. Приклад внутрішньої мотивації: пацієнт живе самотньо, страждає від мігрені, від лікаря чекає більшої уваги й частішого спілкування, хоче від нього людського співчуття: перебільшує свої скарги, щоб лікар частіше відвідував його. Межу між агравациєю та симуляцією не завжди легко провести.

**Симуляція** — це стан, коли здорова людина свідомо вдається хворою з метою скласти враження про наявність хвороби або її ознак. Вона зустрічається рідше, ніж агравация. Як правило, до неї вдаються досить

примітивні особи, у яких розпізнати симуляцію досить легко, або, навпаки, дуже досвідчені, пронириліві, нахабні й безвідповідальні особи, частіше з істероїдним складом характеру. Справжні симулянти завжди набридливі й нерідко нахабно настирливі. Вони не зупиняються ні перед якими засобами для досягнення своєї мети.

*Дисимуляція* — це приховування своєї хвороби або фізичної вади і її ознак. Часто зустрічається в психіатрії при психозах. При інших захворюваннях вона зустрічається переважно, коли є певні об'єктивні або суб'єктивні невідгоди для хворого, при туберкульозі — довге перебування в диспансері, при сифілісі — виявлення контактів, у хірургії — можливість операції.

Найчастіше дисимують особи, які вступають до вузів та інших організацій та закладів, а також психічно хворі. Так, нерідко дисимують депресивний стан хворі на маніакально-депресивний психоз, домагаючись передчасної виписки з лікарні (іноді з метою самогубства). У наш час, коли зростає рівень безробіття і скорочують робочі місця, хворі нерідко намагаються приховати свою хворобу, щоб не потрапити під скорочення в першу чергу.

Чим більше вдається позбавити хворого страху перед обстеженням, лікуванням і наслідками хвороби, тим успішніше вдається попередити дисимуляцію. Звичайно, велике значення мають і соціальні умови.

У зв'язку з тим, що в патогенезі соматичних захворювань важливу роль відіграє психологічний фактор, знання типів реагування соматично хворих на свій стан можуть бути використані, разом зі специфічним біологічним лікуванням, для психотерапевтичного впливу з метою змінити ставлення хворого до свого стану та оточуючого середовища, що сприятиме не тільки усуненню окремих симптомів хвороби, а й ефективності лікування.

### ***10.2.2. Амбівалентність при переживанні хвороби та культ хвороби***

Традиційне уявлення про хворобу містить щось безумовно негативне. Проте дані психотерапевтичних спостережень свідчать, що в суб'єктивному переживанні хвороби нерідко є й протилежна сторона, яка є усвідомлено або підсвідомо позитивною і приємною для хворого, що обумовлене тими вигодами, які дає хвороба людині.

Найяскравіше ***амбівалентність при переживанні хвороби*** проявляється при так званих кардіальних неврозах. При нападі хвороби всі різноманітні життєві турботи й невпевненість відходять на задній план, а в центр уваги суб'єкта потрапляє «хворе» серце. Наприклад, у колишнього відповідального працівника, який об'єктивно пови-

нен звільнитись у зв'язку з невідповідністю посаді, після бурхливих зборів виник серцевий приступ від перевтоми на роботі. Пізніше він звільнився з роботи за власним бажанням через стан здоров'я і відтак завжди підкреслював, що саме на відповідальній роботі він втратив здоров'я. Хвороба стала психологічним щитом для збереження престижу, що дозволило йому гідно піти з роботи.

Другий приклад: суб'єктивно позитивне сприймання однієї зі сторін хвороби може викликати посилене усвідомлення власної гідності, особливо в деяких освічених пенсіонерів. Такі хворі використовують свої знання й інформацію про хвороби й на очах інших хворих стають у рівноцінну позицію щодо лікаря, з яким вони «з задоволенням розмовляють, як освічена людина з інтелігентом». При хронічних захворюваннях із них виходять «досвідчені лікарняні пацієнти», які втручаються у виробничі, а інколи і в особисті справи у відділенні, причому не завжди тактовно.

Третій приклад елементів амбівалентності при переживанні хвороби. Пацієнти старшого віку (частіше жінки) мають схильність позитивно переживати в першу чергу увагу лікаря, турботу й співчуття медичного працівника. Покращання стану здоров'я такі пацієнти часто сприймають двоюко: вони радіють, що серйозна загроза їхньому здоров'ю зникла, але побоюються майбутнього: самотні хворі свідомо або несвідомо бояться повернення в ізоляцію від суспільства. Інші хворі з конфліктними ситуаціями в сім'ї (наприклад, в рамках системи «свекруха — невістка») бояться повернення в конфліктні умови. Це явище називається страхом одужання. Зрозуміло, що в цьому випадку тривога і страх знаходять раціональний вихід не в адекватній діяльності, а в підтримці й провокуванні нових приступів хвороби. Тут необхідно застосувати соціо- й сімейну психотерапію.

**Культ хвороби** — це соціальне явище, яке тісно пов'язане з двоїстим, неоднозначним ставленням до хвороби. Відомо, що в 1930-х роках у Німеччині вважалось неприпустимим у товаристві розмовляти про хвороби. Так само було і в древній Спарті. Проте сьогодні розмови про хвороби, медичні обстеження й модні методи лікування стають дуже частою темою, що смакується в товаристві. Створюються багато-серійні фільми на медичну тему. Складається враження, що зростаюча складність світу й бурхливі зміни, що відбуваються в ньому, ведуть до того, що люди, особливо старшого віку, авторитетно можуть розмовляти не лише про політику, а й про свої фізичні недуги й переживання. Не можна обійти увагою й той факт, що чим більше страждала людина при своїх захворюваннях, тим більші її претензії на визнання й захоплення нею, особливо часто при повторних обстеженнях.

### 10.3. Рекомендації щодо професійної комунікації з психологічно важкими пацієнтами в складних ситуаціях

#### 10.3.1. Виявлення прихильності до пацієнта та психологічний вампіризм

Виявляти **прихильність** до пацієнта можна по-різному:

- суто зовнішньо: виразом очей і обличчя, жестами й емоційним станом, наприклад похваленням;
- за допомогою звуку: гучністю голосу й темпом мовлення;
- змістовно: суттю сказаного — словами.

Цілком природно виявляти прихильність до людей, з якими у вас багато спільного, які вам подобаються або яких ви любите. Також зовсім нормально не виявляти прихильності *психологічно важким пацієнтам*. Треба сказати, що невміле використання цієї тактики може призвести до серйозних суперечок і сварок.

У спілкуванні з людьми вираження прихильності завжди передує переорієнтації взаємин, незалежно від того, слухаємо ми, щоб зрозуміти, або говоримо, щоб бути зрозумілими. Інакше кажучи, за допомогою виявлення прихильності можна переорієнтувати взаємне ставлення з психологічно важкими пацієнтами і направити розвиток цих стосунків у площину співробітництва. Нижче викладена дуже ефективна тактика поведінки, яка містить практичні елементи мистецтва спілкування з психологічно важкими пацієнтами. Читаючи цей матеріал, спробуйте згадати, чи застосовували ви описані принципи раніше, і намагайтесь зрозуміти, у яких випадках ви використаєте їх у майбутньому.

Коли психологічно важкий пацієнт говорить, мета лікаря — слухати, щоб зрозуміти, тобто:

- виявляти прихильність,
- повертатися до сказаного: повторюйте деякі слова і фрази, сказані співрозмовником,
- з'ясувати смисл почутого,
- підвести підсумок почутого,
- переконатися, що правильно зрозуміли почуте.

При спілкуванні з психологічно важкими пацієнтами *мета лікаря* — *говорити так, щоб пацієнт його зрозумів*:

- контролювати тон свого голосу,
- пояснювати свої позитивні наміри,

- тактовно переривати співрозмовника,
- висловлюватися щиро і правдиво,
- бути готовим слухати.

Знесилення після спілкування, або так званий *психологічний вампіризм*, може проявлятися в ситуаціях, коли одна людина просить поради в іншої: прохач виступає в ролі психологічного вампіра, а людина, яка дає раду, виконує роль донора.

Відомо, що люди охоче дають поради іншим на їхнє прохання, а інколи й без нього: «Вибач, що втручаюся не в свої справи, але на твоєму місці я б...» Більшість людей, не знайомих з психологією, особливо ті, хто не знає про закони психологічного вампіризму, люблять отримувати поради. Найлегше отримувати поради, як виховувати дітей, як лікувати якісь хвороби, який вибрати фах, чи варто одружуватись з Х., як вийти заміж за Y. та ін. Але насправді на ці запитання важко правильно відповісти навіть висококласному фахівцю-психологу. Що ж путнього може порадити сусід, чи знайомий, чи колега?

Одна з формул оцінки кваліфікації психолога говорить: «Кваліфікація психолога обернено пропорційна кількості порад, які він дає пацієнтам».

Лише висококваліфіковані фахівці-психологи мають моральне право давати поради щодо психологічних проблем, а не друзі або родичі. Досить часто, особливо від родичів, можна почути заперечення на кшталт: «Ну чому я не можу застерегти свого сина від такого нерозумного кроку, як одруження з цією дівчиною? Я ж краще за нього розуміюся на людях!» У такому випадку варто попросити свого опонента відремонтувати ваш годинник, який спішить кожної доби на 5 хвилин. Як правило, він дає вам слухну раду звернутись до годинникаря. Тож невже душа людини, її психологія є простішою за елементарний механічний годинник?

Слід пам'ятати, що той, хто любить радитись, просто хоче перекласти відповідальність на іншого, тобто він є справжнім психологічним вампіром!

Ідеальний контакт між лікарем і пацієнтом є контактом для обох особистостей. І тут право вирішального голосу повинно належати пацієнтові. Лікар може лише м'яко радити, але не наполягати (див. підрозділ 2.2 «Мотиваційне інтерв'ю»). Але значна частина лікарів звикли розпоряджатись долею людини. Формально погоджуючись, що вони можуть помилятися, лікарі дозволяють собі настирливо наполягати на виконанні рекомендацій при вирішенні таких питань, як одруження, розлучення, влаштування на роботу, переїзд тощо. Звідси висновок: будьте обережні з порадами. Не зловживайте директивним стилем спілкування з хворими.

### **10.3.2. Контрпереносні відчуття лікаря та поради щодо професійної комунікації**

Ставлення лікаря до пацієнта певним чином залежить від типу особистості пацієнта та може впливати на ефективність професійної комунікації (табл. 10.1).

**Таблиця 10.1. Вплив контрпереносних відчуттів лікаря на ефективність комунікації**

Тип особистості пацієнта	Відчуття лікаря до пацієнта
1	2
Параноїдний пацієнт	Лікар може відчувати, що пацієнт його критикує та знецінює, звідси контроль за тим, про що він говорить, щоб не сказати не те, запобігання ситуаціям, щоб пацієнт не образився та не пішов, відчуття, що накопичує негативні емоції і почувається невільно, неприродно. Усе це відчуває пацієнт і також накопичує напруження та дратливість щодо лікаря, який неввірно розуміє і не приймає хворого.
Шизоїдний пацієнт	Лікар може відчувати, що він некомпетентний та недоречний, розгублений та без відчуття впевненості навіть у звичних діях, фрустрований та такий, хто не може зблизитися з замкнутим та відлюдькуватим пацієнтом; пацієнт стимулює відчуття, що лікар не зможе йому допомогти, тому що чогось не розуміє або пропускає; часто думають про передачу пацієнта іншому лікареві.
Шизотиповий пацієнт	Лікар може відчувати нудьгу, безглуздість роботи з пацієнтом, розчарування, відчуття відсторонення від терапевтичного процесу, безперспективність. Зникає ентузіазм і бажання, лікар несвідомо намагається скоротити час на пацієнта.
Асоціальний тип пацієнта	Лікар може відчувати, що його не сприймають серйозно, іронізують та саркастично ставляться до його слів та дій. Усе це обурює, викликає гнів та внутрішню агресію. Часто виникає відчуття, що його (лікаря) використовують і ним маніпулюють. Пацієнт наче сам провокує поводити себе жорсткіше та з чіткими межами правил лікування. У лікаря може з'явитися відчуття провини, що він стає жорстким до пацієнта, тому що взявся за його лікування.
Межовий (пограничний) пацієнт	Лікаря переполюють емоції та почуття. Враження, що лікар «влип» в якусь історію з цим пацієнтом. Пацієнти істотно задіюють переживання лікаря, викликаючи у нього тривогу та стурбованість. Про таких пацієнтів несвідомо думають ввечері вдома з незрозумілою стурбованістю. Лікар відчуває власну фрустрацію та знецінює свої зусилля.



**Закінчення табл. 10.1**

1	2
Істероїдний пацієнт	Лікар не відчуває нудьги та сором'язливості. Він цілком, іноді надто поглинений процесом. Пацієнти потребують багато уваги, але подають це жваво і дуже емоційно. Лікар легко включається і це нагадує забаву або легкий флірт, лікареві стає все важче дотримуватися правил (сетингу) дотримання дистанції. Лікар схильний більше говорити про свої переживання та відчуття, у тому числі з особистого життя.
Нарцистичний пацієнт	Пацієнт часто навіює лікареві смуток і відчуття втоми. Лікар почуває себе відстороненим, часто фрустрованим та наче «не при справі» і тому дратується. Лікар може відчувати свою неефективність та непотрібність. Такі пацієнти швидко знесилюють лікаря. Відчуття, що пацієнт зневажає та не цінує лікаря, навіть не звертає на нього уваги.
Унікаючий пацієнт	Пацієнт викликає в лікаря протилежні відчуття: надмірним включенням у терапію або її уникненням пацієнт стимулює у лікаря бажання щось виправити в житті пацієнта, наприклад його сімейні проблеми, починає психологізувати процес лікування, розширює зону спілкування (батьки, родичі пацієнта, його діти). Часто лікар може відчувати злість до тих, хто не дав любові та захисту пацієнтові. Але через якийсь час лікар може відчутти знесилення надмірними затратами часу та психологічних ресурсів на такого пацієнта.
Залежний пацієнт	Лікар має майже батьківські почуття до пацієнта — тепло і ніжність, відчуває велику власну відповідальність за його життя. Пацієнт хоче отримати те, що йому не дали в житті, — захист і любов. Такі пацієнти часто намагаються особистісно зблизитися. Вони ще довго ходять до свого лікаря навіть після виписки.
Обсесивно-компульсивний пацієнт	Пацієнт викликає в лікаря роздратування своєю монотонністю та стереотипними переживаннями, це породжує в лікаря нудьгу і злість, відстороненість, бажання передати пацієнта іншому лікареві. Лікар, як правило, незадоволений таким пацієнтом і розмовляє зі своїми колегами про нього менше, ніж про інших.

Розглянемо, як рекомендовано лікареві поводити себе з психологічно тяжкими пацієнтами, які моменти потрібно враховувати, щоб сформувати хороший терапевтичний альянс. Звичайно, в основі спілкування з усіма пацієнтами, у тому числі з тяжкими, лежать загальні вимоги до комунікативних навичок лікаря, описані вище. Але є нюанси, пов'язані з певним типом сприймання, осмислення та поведінки цих пацієнтів (табл. 10.2).

**Таблиця 10.2. Найбільш типові випадки та рекомендації для роботи з психологічно важкими пацієнтами**

Психологічний тип тяжкого пацієнта	Особливості комунікації лікаря з пацієнтом
1	2
Тривожний пацієнт	Заохочення, підтримка, ваша думка безапеляційна і єдина правильна. Нічого не пропонувати на вибір, аргументувати тим, що для нього є доказовим (наука, медичні авторитети), розумна опіка.
Іпохондричний пацієнт	Докази на підставі параклінічних обстежень, лише протокольні препарати, відіслати до протоколів, не демонструвати сумнів, авторитарний стиль поведінки.
Агресивний пацієнт	Його агресія не проти вас, а на хворобу й ситуацію, у тому числі на власну безпорадність. Переключити на хворобу. Демонстрація спокою та проговорити, що ви разом з ним проти його хвороби.
Анозогнозичний пацієнт	Прив'язка його проблеми до значущих для нього речей, демонстративно спокійно проговорюються його перспективи. Обов'язкове залучення родини.
Гістріорний пацієнт	Демонстрація уваги, дозовані та коректні компліменти, додаткові обстеження та залучення інших спеціалістів, використання авторитетів (професор), консиліум.
Епілептоїдний пацієнт	Параклінічні обстеження, знання наукових даних, пояснити побічні дії препарату, не демонструвати сумнів. Чіткі, детальні вказівки.
Меланхолійний пацієнт	Повільний темп розмови, запропонуйте йому щось записувати, спокійно й доказово розмовляйте, не намагайтесь веселити пацієнта, не включайтесь в його меланхолію.
Прагматичний пацієнт	Чіткість та етапність лікування. Ваша розмова нагадуватиме бізнес-проект, у якому дві сторони домовляються. Тому: конкретика, аргументованість, стандарти лікування й жодних «може, спробувати...», «ну, я не знаю...», «а можливо, давайте...»
Пацієнт з когнітивним зниженням	Краще розмовляти в присутності родичів. Обов'язково хтось повинен записувати ваші рекомендації й реферативно повторювати, як вас зрозуміли. Жодної складної термінології, говоріть просто і максимально доступно. Такі пацієнти легко реагують на впевненість та беззаперечність лікаря.

**Закінчення табл. 10.2**

1	2
Кверулянт та сутяга	Розмова в присутності ще когось з медичного персоналу. Лише стандартизоване лікування, жодних експериментів, завжди письмово фіксуйте ваші дії, обов'язково долучайте ваших колег до консультацій та лікування.
Скандальний пацієнт	Тип поведінки з пацієнтом — абстинентно-відсторонений, механістично правильний, який дозволяє не піддаватися на крики, неформальну лексику та провокативну поведінку пацієнта. Стандартизоване лікування. У медичних документах фіксуйте поведінку пацієнта.
Улесливий пацієнт	Проаналізуйте, що стоїть за цим «погладжуванням» вас. Як правило, за такою поведінкою стоять амбівалентні емоції, тому не включайтеся та не радійте цьому захвалюванню, за дверима кабінету воно легко може змінитися на критиканство. Не дозволяйте пацієнтові зависати на словах вдячності, переводьте розмову в русло лише лікування.
Заможний пацієнт	Пацієнт, який звик купувати все, у тому числі час та особисте життя лікаря. Це важкий пацієнт, і йому, зважаючи на бідність (особливо порівняно з заможністю пацієнта) лікаря, дуже важко протистояти. Але, якщо ви цінуєте особисте життя, то вже при першій зустрічі встановіть та проговоріть правила, яких ви обоє будете дотримуватися, і при їх порушенні пацієнтом нагадуйте про ці правила. Пам'ятайте: ці пацієнти не дарують вам відпочинок на Сейшелах, вони просто купують вас. Вирішіть для себе, чи вам потрібно це.
Авторитарний пацієнт	Ригідний пацієнт, який орієнтується на авторитети; нетерпимість до подвійних стандартів, потяг до авторитетів та соціальних рангів, сильний перед слабкими та слабкий перед сильними. Поведінка: чіткість, протоколи, жодних сумнівів, залучення медичних авторитетів.
Ваш колега	Спробуйте забути, що це ваш колега, не потурайте йому, пам'ятайте про синдром вигорання серед лікарів, їхнє часте байдуже ставлення до власного здоров'я. Будьте максимально об'єктивним та нейтральним в емоціях. Не легковажте, оскільки між лікарями виникає панібратське ставлення до проявів хвороби. Сумніваєтесь в діагнозі та лікуванні? Сміливо радьтеся із колегами, але не з пацієнтом.
Ваші рідні та родичі	Краще не беріться за лікування. Ви будете боротися з власним суб'єктивізмом та позасвідомим щадним лікуванням. Але якщо немає виходу — дійте чітко за протоколами й стандартами лікування.

### 10.3.3. Проблеми залежності та маніпуляції в професійній комунікації

Якщо більшість типів пацієнтів, які становлять проблему для лікаря, зрозумілі, то не зовсім звичним є тип взаємин «*бідний лікар — заможний пацієнт*».

До особливостей таких взаємин варто віднести наступне: пересічний український лікар значно бідніший, ніж його колега з Євросоюзу чи Північної Америки; взаємини залежної поведінки формуються значно швидше; взаємини перебувають за межами відстеження етичних комісії і супервізорів; взаємини стають фактором додаткового заробітку лікаря й доволі часто — основного; ці взаємини можуть створювати проблеми в ситуації співпраці з іншими лікарями як в межах компетенції лікаря, так і в інших галузях медицини; лікарі часто втягуються у вирішення немедичних проблем.

Є ще один психологічний аспект, який може стати на заваді ефективної комунікації та створити ситуацію умовно тяжкого пацієнта, — це *віковий аспект*. Усі пам'ятають, що конфлікт батьків та дітей, конфлікт поколінь — постійно описуваний та актуальний зі століття в століття. Але лікар і його пацієнт також можуть належати до різних поколінь. І тут світосприйняття, культурально-ментальний аспект, атрибути зовнішньої поведінки, навіть філософія життя можуть стати на заваді (як правило, неусвідомлено) ефективної комунікації.

**Маніпуляція** — це вид психологічного впливу, виконання якого веде до прихованого порушення в іншій людини намірів, які, як правило, не збігаються з її актуально існуючими бажаннями та планами.

**Маніпулятори** намагаються перетворити свої проблеми на проблеми лікаря, і вони обов'язково досягнуть у цьому успіху, якщо лікар їм це дозволить. Вони тиснуть на лікаря морально, емоційно й фінансово, і неважливо, наскільки лікар їм допоміг. Вони прийдуть за кілька днів або навіть наступного дня, щоб лікар знову вирішував якусь нову їх проблему. Пацієнти-маніпулятори — це один із факторів фахового дефекту (емоційного вигорання) лікаря.

Яким чином пацієнт може маніпулювати лікарем. Наведемо типові фрази пацієнтів, які вказують на високу ймовірність маніпуляції.

- «Я буду скаржитися...»
- «Я ж заплатив за лікування...»
- «Мені тільки запитати...»
- «Мій попередній лікар взагалі нічим не допоміг...»
- «У мене на вас остання надія!»
- «Я готовий що завгодно віддати, якщо ви мені допоможете!»

— «Лікарю, можна в разі чого зателефонувати на ваш мобільний?»  
— «Мені сказали, що ви тут найкращий спеціаліст...»  
— «Я кожного разу чомусь так хвилююсь, коли чекаю вашого приходу...»

— «Я ділова людина. Давай по-діловому — ось гроші, а ти до вівторка вирішуєш мою проблему».

— «А я читав на науковому форумі, що ці ліки...»

— «Слухай, дитино, я ще п'ятдесят років тому, коли тебе й в планах не було, лікувався цією...»

— «Вам сказали, від кого я?!»

— «В мене є родич в прокуратурі...»

— «Пане лікарю, а ви розумієте, що зараз порушуєте статтю 49 Конституції України та статтю 12 «Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права кожної людини?»

— «Я пам'ятаю вас, лікарю, ще маленькою дитиною...»

Проаналізуємо **фрази пацієнтів, які можуть стати на заваді подальшої хорошої комунікації з лікарем**, через включення опору в лікаря (емоційно блокуючі відповіді та психологічне неприйняття пацієнта):

— «Я буду скаржитися в МОЗ (облздороввіділ, прокуратуру, президенту тощо)». Найчастіше це означає, що пацієнт звик вирішувати питання шантажем та напором, його середовище — інтрига та епістолярне кверулянтство.

— «То мені помирати тепер чи що?!» Пацієнт в силу особистісних особливостей вимагає підвищеної уваги до себе. Як правило, такі пацієнти не задоволені нічим і готові скаржитися на дії лікаря.

— «Ваш колега нетямущий, неграмотний, дурень...» Зазвичай це неправда, і пацієнт просто ображений на весь світ, виявляє нігілізм та песимізм. Найбільш імовірно, з попереднім лікарем у пацієнта були проблеми комунікації.

— «Нічого не допомагає! Я це вже пробував!» У 90 % це неправда, і пацієнт просто не повідомляє, що не приймає препарат, тому що «баба Валя сказала, що настоянка рису на кефірі вилікує його».

— «Мене турбує «завихрення в голові» («вібрація печінки», «кидає», «отак встану, а воно раз — і все!» У пацієнта явне невміння висловлювати свої відчуття, переживання, чіткість та зрозумілість проявів хвороби. В основному це примітивні та обмеженні люди.

— «Заберіть його з моєї палати...» У пацієнта надміру чутливість або викривлене уявлення про себе, свій статус та підвищені вимоги до інших. Як правило, це буває в ситуації безоплатного лікування.

— «Скажіть йому, що пити (палити, кохатися на стороні тощо) не можна!» З лікаря намагаються зробити кого завгодно (маму, сурового батька, священника, поліцейського, бабайку...), але тільки не лікаря.

— «Ви його не слухайте, я зараз все сама розповім...» Ви зустрілися з типовим маминим синочком (доцею). Відсутність сепарації в сім'ї практично нівелює участь у лікувальному процесі самого пацієнта.

— «А що, не можна обійтися без цих уколів?» У пацієнта виражений страх, як правило з дитинства, перед інвазійними методами лікування. Це в основному тривожні особистості.

— «Я вашої хімії приймати не буду!» Примітивізм, невігластво, забобони, архаїзм, віра лише в народну медицину та трави. Це людина БАДів.

Знаючи про ці фрази та що вони означають, лікар може ефективніше включати власний не емоційний, а когнітивно-аналітичний апарат і створювати конструктивну співпрацю. Варто на забувати про правила ефективної комунікації: люди вважають за краще мати справу з тими, хто їм подобається; важливо вміти поглянути на ситуацію очима пацієнта; якщо ви зможете передбачати поведінку пацієнта, зможете змінити свою поведінку, щоб стати більш сумісним із ним; не поводьтесь з людьми так, як ви не хотіли б, щоб поводитися з вами.

Окрема тема психологічно тяжких пацієнтів — це пацієнти, які свідомо чи несвідомо намагаються маніпулювати своїми лікарями.

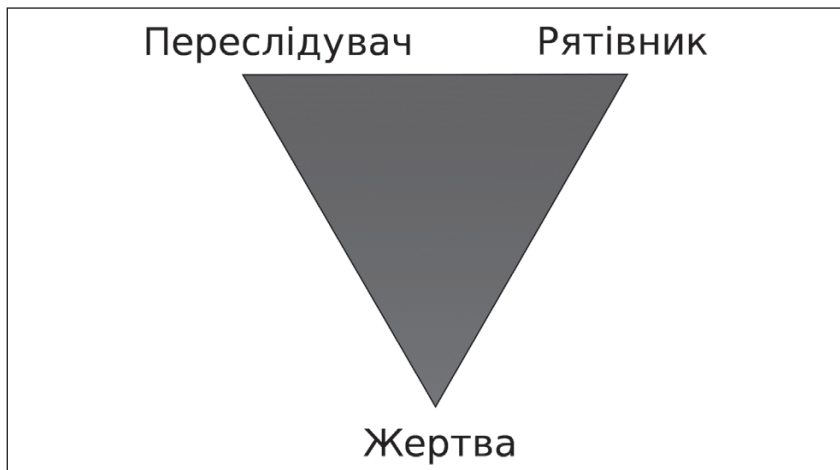
Досить часто у стосунках складається так званий **трикутник Карпмана** (модель комунікації, описана в соціальній психології) (рис. 10.2). Потрапляють у цей трикутник час від часу практично всі, тому що він часто несе не лише свідомі, але і позасвідомі взаємодії.

У головних ролях: **Жертва, Переслідувач і Рятівник**.

**Жертва** — страждає, **Рятівник** — рятує і приходиться на допомогу та виручку, **Переслідувач** — карає, переслідує, вчить (провчає).

Почуття, які переживає **Жертва**:

- безпорадності,
- безпросвітності,
- примусу,
- безвиході,
- безсилля,
- нікчемності,
- нікому не потрібності,
- власної неправильності,
- заплутаності,
- неясності,



**Рисунок 10.2. Трикутник Карпмана**

- розгубленості,
- власної слабкості,
- образи,
- страху,
- жалості до себе.

**Відчуття Рятівника:**

- жалості,
- великого бажання допомогти,
- власної переваги над жертвою,
- великої компетентності, сили, розуму, більшого доступу до ресурсів («він більше знає про те, як потрібно діяти»),
- поблажливості до того, кому хоче допомогти,
- приємного всесилля і всемогутності щодо конкретної ситуації,
- впевненості, що може допомогти,
- неможливості відмовити (незручно відмовити в допомозі або кинути людину без допомоги),
- відповідальності за іншого.

**Відчуття Переслідувача:**

- власної правоти,
- благородного обурення і праведного гніву,
- бажання покарати порушника,
- бажання відновити справедливість,
- ображеного самолюбства,

- переконаності, що тільки він знає, як правильно,
- роздратування на жертву і тим більше на Рятівників, яких сприймає як заважаючий фактор (Рятівники помиляються, адже тільки він знає, як потрібно прямо зараз вчинити!),
- азарту полювання, азарту погоні.

Якщо вам пропонують стати **Рятівником**, то швидше за все для того, щоб було кого потім звинуватити в разі невдачі. Тому тричі подумайте, перш ніж брати на себе надмірну відповідальність там, де ви не в змозі допомогти, за чужі проблеми.

Як вийти за межі маніпулятивного трикутника?

1. Усвідомити, в якій ролі ви увійшли в комунікацію з пацієнтом. Проаналізувати свої відчуття і зрозуміти, що відбувається між вами і вашим пацієнтом: що вам делегує пацієнт і на що ви позасвідомо «повелися».

2. Проаналізувати точки слабкості вашої особистості та ті риси характеру, які оточуючі, у тому числі пацієнти, інтуїтивно починають використовувати для вирішення своїх проблем (наприклад, вам складно відмовляти будь-кому чи ви втрачаєте ініціативу та згнічуєтесь під напористою поведінкою співрозмовника та ін.).

3. Проаналізувати зовнішні обставини та події вашого життя, які створили чи значно посилили таку ситуацію, коли ви автоматично включаєтесь в одну з ролей, чутливих до маніпуляцій.

4. Спробуйте підмінити ролі, наприклад, коли ви в ситуації поведінки Жертви, змусьте себе бути учнем, проаналізувати та вивчити свою поведінку, а коли ви зустрілися з Переслідувачем, зробіть з нього в своїй уяві вчителя.

Єдиної стандартної відповіді як вийти за рамки маніпуляції немає. Але все починається з усвідомлення самих маніпулятивних стосунків.

Зрозуміло, що кожен випадок індивідуальний і фрази звучали в контексті розмови і більш детальної інформації, але загальні поради при відчутті, що лікарем намагаються маніпулювати, такі:

— Не реагуйте. Не дозволяйте собі думати, що проблеми цієї людини — це зона вашої відповідальності або результат ваших помилок. Повторюйте про себе фразу: «Це його точка зору і його думки. Його проблеми і відповідальність».

— Не включайтеся у взаємини, які виходять за рамки лікувальних. Не наближайте пацієнта до себе і не впускайте його у ваше особисте життя.

— У ситуації, коли пацієнт явно починає вами маніпулювати, добре подумайте: «Чого він хоче досягнути? Чому він хоче мене вико-



ристати?» Критично ставтесь до явно неадекватного захвалювання. Пам'ятайте, що чим більше меду в словах пацієнта, тим більше в один момент може стати дьогтю.

— Ситуація лікування дуже інтимна зона, тому не включайтесь і максимально стороніться еротичних переносів та фантазій ваших пацієнтів.

— Погрози пацієнта — часто прояв його безпорадності та страху, пов'язаного з хворобою. Подивіться на пацієнта з подібною поведінкою, як на перелякану дитину, яка закликає на допомогу сильні фігури її життя.

На крик завжди відповідайте рівним голосом, а краще втіште пацієнта. Витримайте цей стиль хоча б хвилин 10. Не включайтесь у суть звинувачення, а намагайтесь переключити пацієнта на щось інше.

— Використовуйте принципи психологічного айкідо. Починайте говорити термінами. Це змусить його переключитися на незрозумілі для нього речі. Почніть його огляд. Аускультация та пальпація.

Також важливо використовувати різні *техніки аргументації*:

- доказова аргументація;
- контраргументи;
- риторичні прийоми:
- метод протиріччя (протиріччя в розумінні пацієнта),
- метод «так, але...»,
- метод фрагментів (розділити проблему),
- метод погодження на початку (психологічне айкідо), з подальшим «так, але...»;
- гумор;
- авторитети;
- акцентування на досягнутому для вас, навіть якщо пацієнт хоче перейти до іншої проблеми;
- апеляція (дія пацієнта на ваші емоції на противагу розуму та етиці);
- блокування.

#### **10.3.4. Основні психологічні типи лікарів, які становлять проблему для власної комунікації з пацієнтом**

На підставі досвіду роботи з лікарями, спостереження за особливостями комунікації з пацієнтами, можна виокремити такі типи поведінки та стилю роботи лікарів та інших медичних працівників, які, не усвідомлюючи цього, створюють для себе проблеми формування ефективної комунікації та хорошої прихильності пацієнта до лікування:

— *Лікар та медсестра — рутинери та архаїчні.* Цей тип лікарів та медичних сестер, який дістався нам у спадок з минулого, коли медична сестра відіграла роль механічного виконавця призначень лікарів, а лікарі, навчені на застарілих підручниках та за відсутності публікацій доказової медицини, клінічних настанов, протоколів тощо, співпрацюють із пацієнтом доволі застарілими та архаїчними методами. Ці медпрацівники за лікарськими призначеннями не бачать пацієнта, вони працюють наче автомати, доглядають за ним, а в самому догляді, по суті, немає живого контакту, емпатії, співпереживання, допитливості.

— *Лікар, який грає завчену або вимушену роль.* Як правило, це лікарі, які випадково потрапили в цю професію і постійно сумніваються, чи вона їм потрібна і чи не час зайнятися чимось іншим, що, наприклад, приносить інші доходи та не є настільки відповідальним та психологічно травматичним. Такі лікарі та медичні сестри поводять себе з пацієнтами немов актори. В їхній поведінці і вчинках відчувається нещирість, показовість і награність. Це здебільшого заважає формуванню належного контакту між ними і пацієнтами. Нерідко такі медики настирливі, хочуть продемонструвати свою благодійність, виявляючи при цьому неабиякі артистичні здібності, але внаслідок цього добиваються протилежного ефекту, коли пацієнта втомлює або дратує їхня настирливість, пацієнт інтуїтивно відчуває нещирість та вимушеність у поведінці медичного працівника. Так виникає недовіра, а за нею — проблеми подальших комунікацій.

— *Агресивний, безапеляційний та напористий лікар.* Типаж, який найбільше відповідає стилю поведінки головного героя медичного телесеріалу «Доктор Хаус». Відрізняється сильною волею. Для нього характерні рішучість у словах і діях, наполегливість, пунктуальність, обурення з приводу найменшого безладу. Стиль його поведінки визначається глибоким переконанням, що пацієнт існує для підтримання порядку у відділенні, а не порядок у лікарні для того, щоб допомогти пацієнтові. Сприйняття пацієнта таким типом лікаря як суто біологічного об'єкта з проблемою, з якою потрібно розібратися. Така рішуча особистість здатна стати прекрасним організатором, хорошим педагогом (виконувати обов'язки керівника). Про таких лікарів їх вихованці нерідко говорять: «Строгий, але справедливий». Проте при браку культури, освіти або при більш низькому рівні розвитку такий лікар є надто ригідним, прямолінійним, може бути брутальним і навіть агресивним у своїй поведінці з пацієнтом. Він цілком ігнорує особистість пацієнта, його тип реагування на власну проблему. Звідси у

лікаря часто проблеми з комунікацією з пацієнтами. Пацієнти внаслідок власної тривоги та страхів, пов'язаних з хворобою, позасвідомо намагаються віддалитися, «втекти» від такої агресії та безапеляційності суджень лікаря.

— **Лікарі та медичні сестри, надмірно опікуючі, материнського типу.** Вони виявляють найбільшу душевність при догляді за хворими. Вони є дуже рухливими, лагідними і легко вступають в емпатійні взаємини з пацієнтами. Турбота про пацієнтів для них невід'ємна умова життя. До хворих вони ставляться, як до рідних дітей. Їхня турбота про пацієнтів є щирою, без тіні награності, що моментально уловлюється пацієнтами. Ці медичні працівники практично ніколи не вступають у конфлікти, сама їхня поява нерідко згладжує напружену обстановку. В медицину вони йдуть за покликанням душі. Проте такі лікарі і медсестри можуть створити проблеми у комунікації зі своїми пацієнтами саме через надмірну опіку та контрперенос на пацієнтів, як на власних дітей. Це може дратувати та сердити деяких пацієнтів, змушувати почувати обмеження їхньої свободи та волі. Настирлива «любов» медпрацівника до свого пацієнта при її зовнішній привабливості може стати великою проблемою у формуванні ефективної прихильності. Така опіка психологічно позбавляє пацієнта активної позиції у формуванні прихильності та терапевтичного альянсу і не є хорошим підґрунтям для мотиваційного інтерв'ю.

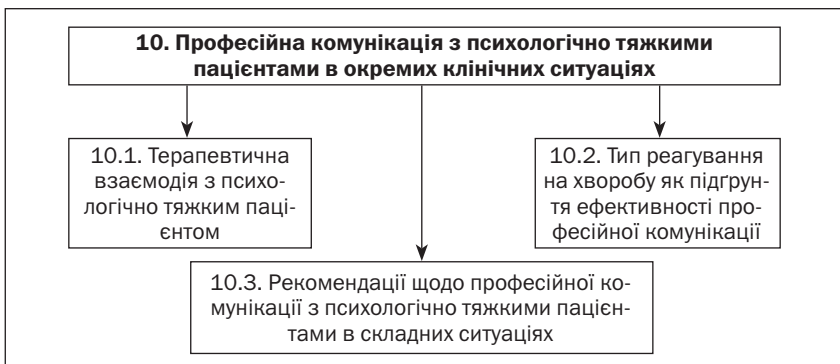
— **Нервовий лікар, нервова медична сестра.** Це емоційно лабільна особистість, схильна до невротичних реакцій. Вона часто перебуває у стані надмірного психічного напруження, результати якого виявляються у роздратованості, грубості, запальності, що шкідливо впливає на хворих. Нерідко її міміка, погляд і голос відображають похмурий настрій, образу на всіх. Інколи вони відрізняються підвищеною помисливістю з тривожністю і схильністю до іпохондрії. Вони бояться заразитись від хворих інфекційними захворюваннями, раком, екземою тощо. Свою роботу вони не люблять, нерідко зловживають бюлетенями непрацездатності. Таким медичним працівникам небажано працювати з пацієнтами. Для них більш підходить робота в умовах дистанційного спілкування (параклініка, архів, статистика, лабораторія тощо).

— **Лікар-бізнесмен.** В даному контексті не йдеться про приватну медицину як медичний бізнес. Проблема стилю поведінки лікаря-бізнесмена в тому, що лікар свідомо чи несвідомо своєю поведінкою, діями та словами демонструє пацієнтові, що фінансовий бік його роботи з пацієнтом є якщо не головною, то найважливішою складовою цієї роботи. Особливо якщо лікар пропонує купити щось з медикаментів у нього або

не приховує, що співпрацює за якісь бонуси з тією чи іншою фармацевтичною компанією чи аптекою. У пацієнта в такому випадку автоматично виникає думка: «На мені та моїй проблемі заробляють». Це одразу створює недовіру до дій лікаря, навіть якщо той призначає препарати чітко згідно зі стандартами та протоколами лікування. Лікар може навіть не усвідомлювати цю проблему, не звертаючи увагу на рекламу продукцію фармфірм у себе на столі, фірмові знаки фармкомпаній на халаті, авторучках, рецептурних бланках та записничках. Проте це не означає, що пацієнт не зауважує всі ці деталі, як і відвідування лікарів представниками фармфірм з демонстрацією їхніх логотипів на пакетах. Особливо якщо ці представники заходять до лікаря поза чергою. Коментарі в черзі пацієнтів однозначні: «Бізнес на їхньому здоров'ї».

— **Втомлений та вигорілий лікар.** Лікар внаслідок сумлінного щоденного виконання своїх фахових обов'язків несе підвищене психоемоційне навантаження. Звичайно, це призводить до появи втоми, іноді значної. Це складне питання, яке ми окремо розглядаємо у розділі про емоційне вигорання, або професійний дефект, в діяльності медичного працівника (розділ 9). В контексті фахового спілкування цей аспект також відіграє важливу роль. Втомлений лікар — неефективний лікар. Він може помилятися, виявляти деструктивні емоційні реакції, зриватися на психологічно тяжких пацієнтах, не бути надійним партнером в командній роботі і врешті-решт ставати причиною ятрогенії.

Розуміючи та усвідомлюючи, що той чи інший тип лікаря вже сам по собі створює проблеми в ефективній комунікації з пацієнтом, періодично варто самостійно або за допомогою фахівця, наприклад медичного психолога, звертатися до аналізу власної діяльності. В цьому немає нічого стигматизуючого.



**Рисунок 10.3**

Лікарі ж лікуються від соматичних проблем. Тоді чому вони не можуть вирішувати свої не психічні, а суто психологічні проблеми, які стають на заваді їх фахового росту, призводять до вигорання та знижують якість життя самого лікаря? Істина про те, що ефективно впливати на якість життя своїх пацієнтів можуть лише лікарі, в яких самих хороша якість життя та задоволення від роботи, мабуть, універсальна.

### **Запитання для контролю та самоконтролю**

1. Хто такий психологічно тяжкий пацієнт? Дайте йому психологічну характеристику.
2. Чому психологічно проблемні пацієнти можуть пришвидшити емоційне вигорання лікаря?
3. Дайте характеристику активному пацієнтові.
4. Якого пацієнта можна віднести до боягузливих? Дайте йому психологічну характеристику.
5. Хто такі тривожні пацієнти? Який стиль поведінки повинен бути з цими пацієнтами?
6. Охарактеризуйте іпохондричного пацієнта. Які особливості комунікації з ним?
7. Охарактеризуйте гістріорного пацієнта. Які особливості комунікації з ним?
8. Що таке симуляція та дисимуляція? Яка тактика комунікації повинна бути з такими пацієнтами?
9. Якщо пацієнт виявляє ознаки психологічної агресії, які особливості комунікації з ним?
10. Назвіть деструктивні типи лікарів, які можуть бути завадою для ефективного спілкування з пацієнтом.
11. Хто такі пацієнти-маніпулятори? Яка поведінка та які слова можуть вказати на те, що відбувається маніпуляція?
12. Як себе поводити з маніпуляторами? Які особливості комунікації з ними?
13. Які особливості комунікації у випадку приналежності до різних поколінь пацієнта та лікаря?

### **Ситуаційні завдання**

1. Пацієнт конфліктний, постійно провокує сварку, усім незадоволений, в палаті з іншими пацієнтами постійно висловлює своє незадоволення лікуванням. Режиму лікування, незважаючи на критиканство, дотримується. Пацієнти з його палати незадоволені таким сусідством.

*Що повинен робити в цій ситуації лікар? Яка особливість у комунікації повинна бути з таким пацієнтом?*

2. Пацієнт 43 років прийшов на прийом з мамою. Пацієнт мовчазний, понурий, розповідає про свої проблеми неохоче. На противагу пацієнтові, його мама балакуча і постійно вставляє репліки та часто сама починає відповідати за сина.

*Які особливості комунікації лікаря в цьому випадку?*

3. Пацієнт почав часто заходити в ординаторську до свого лікаря та перепиняти його в коридорі для повідомлення якихось деталей з приводу власного здоров'я. Пацієнт вдячний за ефективне лікування, але тривожиться, що стан може повернутися. Просить у лікаря номер його особистого телефону лише для крайніх випадків невідкладної консультації з лікарем, якому він довіряє.

*Що повинен робити в цьому випадку лікар? Які форми та методи в комунікації він може використати?*

4. Пацієнт при першому інтерв'ю не приховує, що незадоволений лікуванням, цитує думки різних лікарів та різні діагнози. Вважає, що всі попередники, які його лікували, «невігласи» та «тупі».

*Якими повинні бути особливості комунікації лікаря в цьому випадку?*

## Рекомендована література

1. *Медицина психологія: в 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.*

2. *Медицина психологія: в 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, Н.О. Марута та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.*

3. *Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник. За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. К.: Видавничий дім «Медкнига», 2020. 216 с.*

4. *Невідкладна допомога в психіатрії та наркології [Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю.]. 3-тє видання. К.: Медкнига, 2019. 156 с.*

5. *Асанова А., Хаустова О. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт. Психосоматична медицина та загальна практика. 2018. № 3(3). С. 1-12. doi: 10.26766/pmgrp.v3i3.125.*

6. *Shedler J. Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200). Tr. it. Shedler J., Westen D., Lingardi V., La valutazione della personalità con la SWAP-200. Milano: Cortina, 2014.*

7. *Кэмпбелл А. Медицинская этика: учеб. пособие [А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс]; под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 400 с.*

8. Ананьева Е.П. *Откуда берутся конфликты в медицинской клинике?* Главный врач. 2015. № 3. С. 11-12.
9. Боткин Е.С. *Больные в больнице.* Пульмонология. 2016. № 1. С. 116-120.
10. Ерохина Т.В. *Конфликт интересов при осуществлении медицинской деятельности.* Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 7. С. 94-102.
11. Королева И.В. *Неприятный разговор или стимул к развитию?* Старшая медицинская сестра. 2016. № 1. С. 3-6.
12. Лазебник Л.Б. *Этика и деонтология в гериатрии (к 50-летию Хельсинкской декларации).* Клиническая геронтология. 2014. № 1-2. С. 3-13.
13. Ройберг Г.Е., Кондратова Н.В., Затицян И.С. *«Секретный пациент» как инструмент исследования удовлетворенности пациентов.* Здравоохранение. 2016. № 5. С. 52-58.
14. Спивак И.М. *Поведение в конфликте: выбор стратегии.* Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2016. № 7. С. 104-110. ■

## Післямова

Замість тривалої післямови ми вирішили навести слова Жан де Лабрюйера як побажання та розуміння, що на цьому всі аспекти комунікативних навичок не вичерпуються: *«Хто після розмови з вами буде задоволений собою, своїм розумом і настроєм, той і вами буде цілком задоволений та буде дотримуватись ваших порад»*.

Читайте, вигадуйте свої — головне, будьте ефективні в цьому як для пацієнта, так і для себе.

Щасти вам! ■



# Додатки

## Додаток 1.

### Шкала труднощів емоційної регуляції DERS

Шкала труднощів емоційної регуляції (The Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS) (Gratz & Roemer, 2004) є самозвіттом, що застосовується для оцінки проблем емоційної регуляції серед підлітків та дорослих. DERS має шість підшкाल, які складаються з 5–8 запитань (36 загалом). Концептуальне визначення регулювання емоцій, на якому базується DERS, підкреслює функціональність емоцій та фокусується на адаптивних способах їх регулювання під час або після дистресу, включаючи:

- (а) усвідомлення, розуміння та прийняття емоцій;
- (б) здатність контролювати поведінку під час переживання негативних емоцій;
- (в) гнучке використання ситуаційно-відповідних стратегій для модуляції інтенсивності та/або тривалості емоційних реакцій, а не для повного усунення емоцій;
- (г) готовність переживати негативні емоції як частину важливих та необхідних життєвих процесів.

Оцінюються бали окремо за субшкалами та загальна сума балів:

- (1) неприйняття емоційних реакцій;
- (2) труднощі в поведінці, спрямованій на цілі;
- (3) труднощі управління імпульсом;
- (4) відсутність емоційного усвідомлення;
- (5) обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій;
- (6) відсутність емоційної чіткості.

Шкала має добру внутрішню узгодженість, є надійною методикою та дозволяє виявити асоціацію між емоційною дисрегуляцією та симптомами психічних розладів, іншими пов'язаними з емоціями конструктами, а також дозволяє відслідковувати динаміку під час терапії.

Значний обсяг досліджень продемонстрував значні позитивні зв'язки між показниками DERS (зокрема, загальним балом) та симптомами низки психологічних розладів, включаючи межовий розлад особистості (Gratz et al., 2006), генералізований тривожний розлад (Mennin et al., 2002), розлади вживання наркотичних речовин (Fox et al., 2007; Gratz and Tull, 2010), соціальний тривожний розлад (Rusch

et al., 2012), посттравматичний стресовий розлад (Ehring and Quack, 2010) та біполярний розлад (Vecerra et al., 2013; Van Rheenen et al., 2015).

### *Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS)*

Будь ласка, вкажіть, як часто наступні твердження стосуються вас, вказавши відповідний номер із шкали внизу на рядку біля кожного пункту.

1	2	3	4	5
Майже ніколи	Іноді	Близько половини часу	Більшу частину часу	Майже завжди
0–10 %	11–35 %	36–65 %	66–90 %	91–100 %

- \_\_\_\_\_ 1) Я чітко розумію свої почуття.
- \_\_\_\_\_ 2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.
- \_\_\_\_\_ 3) Я переживаю свої емоції як надзвичайні та неконтрольовані.
- \_\_\_\_\_ 4) Я поняття не маю, як я почуваюся.
- \_\_\_\_\_ 5) Мені важко осмислити свої почуття.
- \_\_\_\_\_ 6) Я уважний до своїх почуттів.
- \_\_\_\_\_ 7) Я точно знаю, як я почуваюся.
- \_\_\_\_\_ 8) Мені все одно, що я відчуваю.
- \_\_\_\_\_ 9) Мене бентежить те, що я відчуваю.
- \_\_\_\_\_ 10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.
- \_\_\_\_\_ 11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так почуваюся.
- \_\_\_\_\_ 12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
- \_\_\_\_\_ 13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.
- \_\_\_\_\_ 14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.
- \_\_\_\_\_ 15) Коли я засмучений, я вірю, що таким я буду залишатися надовго.
- \_\_\_\_\_ 16) Коли я засмучений, я вірю, що в підсумку почуваюся дуже пригніченим.
- \_\_\_\_\_ 17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є дійсними та важливими.
- \_\_\_\_\_ 18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.
- \_\_\_\_\_ 19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.
- \_\_\_\_\_ 20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.
- \_\_\_\_\_ 21) Коли я засмучений, мені стає соромно за себе, за те, що я так почуваюся.
- \_\_\_\_\_ 22) Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб врятувати ситуацію.

- \_\_\_\_\_ 23) Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.
- \_\_\_\_\_ 24) Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберегти контроль над своєю поведінкою.
- \_\_\_\_\_ 25) Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що почувуюся так.
- \_\_\_\_\_ 26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.
- \_\_\_\_\_ 27) Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.
- \_\_\_\_\_ 28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почувати себе краще.
- \_\_\_\_\_ 29) Коли я засмучений, я дратуюсь на себе, що так почувуюся.
- \_\_\_\_\_ 30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.
- \_\_\_\_\_ 31) Коли я засмучений, я вірю, що занурюватися в смуток — це все, що я можу зробити.
- \_\_\_\_\_ 32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.
- \_\_\_\_\_ 33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.
- \_\_\_\_\_ 34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.
- \_\_\_\_\_ 35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.
- \_\_\_\_\_ 36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

Пункти зі зворотною оцінкою (перед ними необхідно ставити знак віднімання): 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 і 34.

**Обчисліть загальний бал, склавши всі бали.** Більш високі бали свідчать про більші проблеми з регуляцією емоцій.

**Результат підшкали** (позначка «R» вказує на пункт із зворотною оцінкою): дає загальний бал, а також оцінку за шістьма підшкалами:

1. Неприйняття емоційних реакцій (НЕПРИЙНЯТТЯ): 11, 12, 21, 23, 25, 29.
2. Труднощі в поведінці, спрямованій на цілі (ЦІЛІ): 13, 18, 20R, 26, 33.
3. Труднощі управління імпульсом (ІМПУЛЬС): 3, 14, 19, 24R, 27, 32.
4. Відсутність емоційного усвідомлення (УСВІДОМЛЕННЯ): 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R.
5. Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (СТРАТЕГІЇ): 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36.
6. Відсутність емоційної чіткості (ЧІТКІСТЬ): 1R, 4, 5, 7R, 9.

**Загальний бал:** сума всіх підшкал. ■

## Додаток 2.

### Опитувальник щодо прихильності дорослих (Adult Attachment Interview, AAI)

Теорія прихильності, започаткована в роботах Джона Боулбі (1969) та надалі удосконалена іншими авторами, пропонує широкий погляд на функціонування людини. Відповідно до теорії прихильності, взаємодія з непослідовними, ненадійними або нечутливими об'єктами прихильності перешкоджає процесу розвитку безпечної і стабільної психічної основи; знижує стійкість при стресових життєвих подіях; створює підґрунтя для психопатологічних розладів у кризові періоди життя. Небезпечний характер прихильності, таким чином, може розглядатися як фактор загальної вразливості до психічних розладів. Симптоматика в кожному конкретному випадку залежить від генетичних чинників, впливів зовнішнього середовища, а також факторів, пов'язаних з розвитком.

Наявні огляди поперечних, поздовжніх і проспективних досліджень, проведених на клінічних і неклінічних вибірках, виявили, що небезпечний характер прихильності поширений серед людей з різноманітними психічними розладами, починаючи з легких форм дистресу і закінчуючи тяжкими особистісними розладами. У численних дослідженнях отримані результати, що також надійно узгоджуються з цими даними. Наприклад, небезпечні типи прихильності (як тривожний, так і уникаючий типи) пов'язані з депресією, клінічно вираженою тривогою, obsесивно-компульсивним розладом, посттравматичним стресовим розладом, суїцидальними тенденціями і розладами харчової поведінки. Таким чином, динаміка прихильності індивідуума відіграє вирішальну роль в ефективному лікуванні.

**Опитувальник щодо прихильності дорослих** (Adult Attachment Interview, AAI, George, Kaplan & Main, 1984; DMM-AAI, Crittenden & Landini, 2011) є напівструктурованим інтерв'ю, що складається з 20 запитань та розроблене для вивчення уявлень дорослого/підлітка про прихильність батьків до себе.

Досліджуваний має описати своїх батьків/опікунів та свої стосунки з ними; описати, як батьки зазвичай реагували на стресові ситуації; описати можливі випадки жорстокого поводження в дитинстві.

**Оцінка інтерв'ю формується** на основі характеру розповіді та за змістом за чотирма незалежними підшкалами, а саме:

— *надійна прихильність*: стосунки з батьками є цінними та впливовими. Розповідь є послідовною і незахисною за своїм характером;

— *уникнення*: під час інтерв'ю спостерігаються прогалини у пам'яті, мінімізуються негативні аспекти. Дискурс є захисним;

— *занепокоєність*: розповідь незв'язна, відмічаються гнівні або амбівалентні уявлення про минуле;

— *ненадійна прихильність*: описують травмуючі події внаслідок втрати чи аб'юзу.

### **Протокол інтерв'ю для дорослих**

Вступ. *Зараз протягом 30–40 хвилин я буду ставити вам запитання з приводу вашого досвіду дитинства та про ваші переживання у дитинстві. Отже, я хотів би запитати вас про ваші ранні стосунки з вашою сім'єю і про те, як ці стосунки могли вплинути на вас у дорослому житті. Ми зосередимося головним чином на вашому дитинстві, але пізніше ми продовжимо до вашого підліткового віку, а потім перейдемо до того, що відбувається зараз.*

**1. Чи не могли б ми почати з того, щоб допомогти мені зорієнтуватися у вашій сімейній ситуації, де ви жили тощо? Розкажіть мені, будь ласка, де ви народилися, чи доводилося переїжджати, чим займалися ваші батьки в різні періоди вашого життя?**

Це запитання використовується для зосередженості на сім'ї та для розминки. На цьому етапі досліджувана особа не повинна розпочинати обговорювати якість стосунків з батьками, тому атмосфера задається інтерв'юером, на запитання необхідно відповідати коротко — «хто», «коли» і не більше двох-трьох хвилин на запитання.

У випадку, якщо його/її виховують/виховували декілька осіб (не обов'язково біологічні батьки), початкове запитання може виглядати наступним чином: *Хто, на ваш погляд, виховав вас?*

Ви маєте використовувати це, щоб допомогти досліджуваній особі визначити, кого слід вважати основними фігурами, на кого будуть посылатися під час інтерв'ю.

*Чи часто в дитинстві ви зустрічалися зі своїми бабусями та дідусями?*

Якщо особа вказує, що бабуся і дідусь померли, запитуйте вік особи під час кожної втрати.

Якщо були бабуся та дідусі, яких досліджувана особа ніколи не зустрічала, запитайте: *Чи померли ці бабуся і дідусь до вашого народження?*

Якщо так, продовжуйте: *Батько вашої матері помер ще до вашого народження? Чи відомо вам, скільки їй було років, коли це сталося?*

Спонукайте лише до дуже короткої відповіді. Потім запитуйте:

*Чи багато вона вам розповідала про цього дідуся?*

*Чи є у вас брати та сестри, які жили з вами, або хтось, крім ваших батьків?*

*Ви живете зараз разом або вони живуть в іншому місці?*

**2. Я хотів би, щоб ви спробували описати ваші стосунки з батьками від вашого імені у дитинстві (маленької дитини), з чого ви могли б почати, що ви пам'ятаєте?**

Заохочуйте досліджуваних осіб спробувати спершу згадати раннє дитинство. Багато людей говорять, що не можуть згадати, але ви повинні формулювати запитання таким чином, щоб вони спочатку були зосереджені приблизно на віці п'яти років, а потім спробували, якщо це можливо, пригадати більш ранній період життя.

**3. Тепер я хотів би попросити вас вибрати п'ять прикметників або слів, які відображають ваші стосунки з матір'ю, починаючи з того, наскільки ви пам'ятаєте в ранньому дитинстві (якомога раніше), але можна й у проміжку з 5 років до 12. Я знаю, що це може зайняти трохи часу, тож подумайте хвилинку. <...> Тоді я хотів би запитати, чому ви обрали саме ці слова. Я буду записувати кожне слово.**

Не всі особи можуть відразу придумати п'ять прикметників. Обов'язково наголосіть на слові «стосунки» досить чітко, щоб його можна було почути у цьому реченні. Деякі особи можуть просто давати опис або характеристику, наприклад: «симпатична», «ефективний менеджер» — так, ніби вони не зрозуміли, що необхідно *відібрати прикметники, щоб описати матір*. Ці індивідуальні відмінності становлять інтерес лише в тому випадку, якщо досліджувана особа почула фразу «що відображає ваші дитячі стосунки з вашою матір'ю». Деякі особи можуть не розуміти, що ви маєте на увазі під терміном «прикметники», саме тому ми формулюємо запитання як «прикметники або слова». Якщо особа має додаткові запитання, ви можете пояснити: «Це лише слова чи фрази, які можуть описати ваші стосунки з вашою матір'ю у дитинстві».

Необхідно дочекатися, поки не буде поданий повний набір прикметників. Будьте терплячим та підбадьоруйте. Це завдання є дуже корисним як на початку інтерв'ю, так і пізніше, під час аналізу інтерв'ю. Якщо з якихось причин досліджувана особа не може згадати, ви можете запропонувати думати про це як про образ, який вона має у своїй свідомості, що може бути схожий на відеозапис того, що сталося, коли вона була маленькою.

Однак переконайтеся, що досліджувана особа справді не розуміє запитання. Здатність (або нездатність) особи надати як характеристику

стосункам, так і конкретні спогади формує одну з найбільш критичних основ аналізу співбесід. З цієї причини важливо отримати саме п'ять прикметників.

Ви повинні вказати на те, що очікування протягом хвилини є звичайним явищем і що придумати ці слова може бути складно.

Часто досліджувана особа своєю невербальною поведінкою вказує, що активно обмірковує або уточнює свій вибір. У цьому випадку зберігайте тишу. Проте не залишайте його/її в незручному мовчанні на дуже довгий період часу.

Деякі учасники досліджень можуть сказати, що це важка робота. Якщо досліджувана особа має значні труднощі більше ніж з одним чи двома словами або прикметниками після закінчення двох-трьох хвилин, тоді скажіть щось на кшталт: *Ну, це добре. Дякую, ми просто продовжимо з тими, що є.*

Ваш тон повинен чітко давати зрозуміти, що його/її відповідь цілком прийнятна. Проте спробуйте ще запитати наступне:

*Добре, дозвольте мені поставити ще кілька запитань щодо ваших стосунків у дитинстві з матір'ю. Ви кажете, що ваші стосунки з матір'ю були (ви використовували прикметник, слово). Можливо, можете пригадати якісь випадки або події, пов'язані з матір'ю?*

Такі самі запитання будуть ставитися окремо для кожного прикметника послідовно. Далі ви переходите до пошуку асоціацій (пов'язаних подій) для кожного з успішно наведених прикметників по черзі:

*Ви описали свої дитячі стосунки з матір'ю як (прикметник/слово, яке було назване). Чи можете ви згадати випадок або подію, яка асоціюється з прикметником (словом) (ілюструє його)?*

Запитуйте про кожну фразу або прикметник, які були вибрані досліджуваною особою, поки не будуть охоплені всі п'ять прикметників або словосполучень. Отримана інформація записується для кожного з прикметників окремо. Очевидно, що деякі обрані прикметники можуть бути майже однаковими, наприклад, «любити», «дбати». Тим не менше ви повинні просити описати спогади для кожного.

Якщо досліджувана особа мовчить, проте вказує словесно, що активно думає, або просто намагається придумати щось конкретне, ви маєте зберігати зацікавлену тишу. Якщо тиша триває і здається, що він/вона почувається ніяково, ви кажете щось на кшталт: *Ну, просто візьміть ще одну хвилину, можливо, щось прийде на думку.* Якщо після чергового періоду очікування учасник все ще не може відповісти, скажіть: *Добре, давайте підемо далі.*

**4. Зараз я хотів би попросити вас вибрати п'ять прикметників або слів, які відображають ваші стосунки у дитинстві з вашим батьком, знову починаючи з того часу, який ви пам'ятаєте у ранньому дитинстві (якомога раніше), але знову, скажімо, вік від 5 до 12 років. Я знаю, що це може зайняти трохи часу, тож подумайте хвилинку. <...> Тоді я хотів би запитати, чому ви обрали саме ці слова. Я буду записувати кожне слово.**

Ви повторюєте блок запитань, який зазначено вище, до запитання 3.

**5. Тепер мені цікаво, чи можете ви сказати, до кого з батьків ви почувалися найближче і чому? Чому цього почуття не було до іншого з батьків?**

**6. Коли ви засмучувалися в дитинстві, що ви робили?**

Це критичне запитання в інтерв'ю, і варіації в трактуванні цього запитання є важливими. Досліджуваній особі спочатку пропонується придумати власну інтерпретацію поняття «засмучений». Обов'язково просить надавати розгорнуту відповідь. Далі ви ставите конкретні запитання, подані нижче. Ці запитання можуть здаватися подібними, але вони різняться критично, тому ви маєте переконатися, що особа продумає кожне запитання окремо. Це робиться шляхом наголошування на зміні контексту.

*Коли ви були маленьким та засмученим, чим ви займалися? (Зачекайте на відповідь.)*

*Чи можете ви навести конкретний приклад, що трапилося?*

*Чи можете ви згадати, що могло б статися, коли б вам заподіяли біль (фізичний)? (Зачекайте на відповідь.)*

*Знову ж, чи спадають вам на думку будь-які конкретні випадки?*

Коли досліджувана особа описує звернення до батьків, спробуйте зрозуміти, як реагували батьки. Обов'язково наполягайте на розгорнутій відповіді. Якщо він/вона вище не зазначали, як реагували батьки у відповідь на будь-яке з перерахованих вище запитань, ви можете поставити наступне запитання:

*Мені просто цікаво, чи відсторонювалися від вас батьки у будь-якому із цих випадків — я маю на увазі, коли ви були засмучені, або постраждали від чогось, або хворіли?*

*Чи пам'ятаєте ви, як вас вперше розлучили з батьками?*

*Як ви почувалися? Ви пам'ятаєте, як реагували ваші батьки?*

*Чи пригадуються інші розлуки, які виділяються у вашій свідомості?*

Тут учасники дослідження часто описують дитячий садочок, початкову школу або табір. У цьому контексті особи іноді спонтанно порівнюють власні реакції зі спогадами реакцій інших дітей. Це надає важ-



ливу інформацію щодо прихильності. Тому важливо ставити короткі уточнюючі запитання.

**8. Чи почувалися ви колись покинutoю дитиною? Звичайно, оглядаючись зараз, ви можете зрозуміти, що це було не так насправді, але те, про що я намагаюся запитати, — чи пам'ятаєте ви, що коли-небудь вас покинули у дитинстві?**

*Скільки вам було років, коли ви вперше почувалися так, і що ви робили?*

*Чому, на вашу думку, ваша матір/батько робили ці речі — чи вважаєте ви, що він/вона розуміли, що він/вона відштовхують (покидають) вас?*

Досліджувана особа, можливо, захоче утриматися від відповіді, особливо якщо немає прикладів. Ми пропонуємо запитати наступне: *Ви коли-небудь відчували відштовхування чи ігнорування?*

Багато осіб намагаються уникати позитивної відповіді.

*Отже, чи коли-небудь ви лякалися чи переживали в дитинстві?*

Нехай учасник дослідження вільно реагує на це запитання, визначаючи значення для себе самостійно. Він може запитати вас, що означає запитання, тому просто зазначте: *Це просто більш загальне запитання.*

Якщо учасник дослідження мав травматичний досвід, який він вирішив не описувати або про який важко згадувати, не слід наполягати на тому, щоб почути про нього. У подальшому буде можливість обговорити такі теми.

**9. Ваші батьки коли-небудь погрожували вам, можливо, за недотримання дисципліни чи навіть жартома? У деяких людей є спогади про загрозу або про якусь поведінку, яка була образливою.**

*Чи траплялося коли-небудь подібне з вами чи з членами вашої сім'ї?*

*Скільки вам було років на той час?*

*Це часто траплялося?*

*Чи відчуваєте ви, що цей досвід впливає на вас зараз як на дорослу людину?*

*Чи впливає це на ваш підхід до власної дитини?*

*Чи були у вас такі переживання із залученням людей поза вашою родиною?*

Якщо особа вказує, що щось подібне траплялося поза її сім'єю, з'ясуйте:

*У якому віці? Як часто?*

*Чи впливає досвід на вас зараз як на дорослого?*

*Чи впливає це на ваш підхід до власної дитини?*

Багато осіб просто відповідають «ні» на ці запитання. Деякі описують детально, а інші можуть переживати дистрес, згадуючи. Коли досліджувана особа бажає обговорити досвід такого роду, ви маєте бути

готовим до шанобливого мовчання або до активного співчуття і, наскільки це можливо, допомагати полегшити страждання, що виникають з такими спогадами.

Якщо ви підозрюєте, що мало місце жорстоке поводження чи інший травматичний досвід, важливо спробувати дізнатися певні конкретні деталі цих подій, наскільки це можливо. Там, де характер потенційного фізичного насильства (ремінь чи удари) неоднозначний, ви маєте спробувати встановити природу досвіду у легкій формі з підштовхуванням до відповіді.

Якщо, наприклад, особа каже: «Я отримав ременя» — і зупиняється, ви запитуете: «*А що означало отримання ременя?*», заохочуючи якомога ширше пояснити.

У випадку сексуального насильства на відміну від побиття не потрібно тиснути для отримання деталей і слід бути обережним.

Якщо, наприклад, досліджувана особа неоднозначно повідомляє: «Його/її поведінка могла бути сексуальним насильством», потрібно поставити уточнюючі запитання:

*Не могли б ви розповісти мені трохи про те, що відбувалося, яка саме поведінка (подія) здалася вам сексуальним насильством?*

Якщо досліджувана особа відповідає, наприклад, що батько неодноразово жартував на адресу досліджуваного або робив зауваження щодо його/її привабливості, така поведінка не може кваліфікуватися як сексуальне насильство.

Особи, які, здається, або вперше замислюються про пережитий досвід насильства, або вперше розкривають цей досвід, можуть використовувати наступні словосполучення: «*Ні, нічого...*», «*Ну, я не думав...*», «*Пам'ятав про це цілі роки, але...*», «*Можливо, вони колись зв'язували мене...*» У такому разі слід поводитись з особливою обережністю і не слід наполягати на відповіді, якщо досліджуваний чітко дає зрозуміти, що не хоче цю тему обговорювати.

Якщо ви відчуваєте, що вам розповіли те, чого досліджувана особа раніше нікому не розповідала, пам'ятайте, що в кінці співбесіди слід переконатись, що вона добре почувається, і наголосити на необхідності звернутися за професійною допомогою у разі поганого самопочуття (поганих думок).

**10. Загалом як, на вашу думку, ваш загальний досвід із батьками вплинув на вас у дорослому житті?**

Ви маєте зробити паузу, щоб вказати, що очікуєте від досліджуваної особи уважності до цього запитання і розумієте, що відповідь може потребувати певного часу.

*Чи були якісь потреби у вашому ранньому житті, які, на вашу думку, були відхилені та незадоволеними?*

Досить важливо дізнатися, чи вважає особа свій досвід дитинства негативним чи ні, тож ви продовжуєте:

*Чи є якісь інші аспекти вашого раннього досвіду, які, на вашу думку, могли б вплинути на ваш розвиток?*

Якщо досліджувана особа зрозуміла запитання, але нічого не спромоглась повідомити щодо раннього досвіду, запитайте наступне:

*Чи є щось у вашому ранньому досвіді, що, на вашу думку, могло б стримувати ваш розвиток або негативно позначатися на вашому житті?*

**11. Чому, на вашу думку, ваші батьки поводитись так у вашому дитинстві?**

Це запитання є актуальним, навіть якщо особа вважає, що дитячий досвід був цілком позитивним. Для тих, хто повідомляє про негативний досвід, це запитання є особливо важливим.

**12. Чи були у вашому дитинстві ще якісь дорослі, з якими ви були близькі?**

*Або будь-які інші дорослі, які були для вас особливо важливими, навіть якщо вони не були такими для ваших батьків?*

Дайте досліджуваній особі час подумати над цим запитанням. Це момент, про який згадають деякі учасники інтерв'ю (бабусі, дідусі, сусіди, які наглядали, няні, вихователі в дитячих садочках, вчителі).

Обов'язково з'ясуйте вік, у якому ці люди були близькі з досліджуваною особою, чи жили вони з нею в сім'ї, а також чи мали вони якісь обов'язки щодо догляду. Загалом спробуйте визначити значення і характер відносин.

**13. Чи переживали ви втрату батьків чи іншої близької людини (брат, сестра, близький родич), коли ви були маленькою дитиною?** Інколи учасники дослідження розуміють термін «втрата» як короткочасний або тривалий період розлуки з людиною, наприклад: «Я втратив маму, коли вона переїхала на південь, щоб залишитися зі своєю матір'ю». Якщо потрібно, поясніть, що ви маєте на увазі лише смерть, тобто конкретно близьких людей, які померли.

*Не могли б ви розповісти мені про обставини та скільки вам було років на той час?*

*Як ви реагували в той час?*

*Ця смерть була раптовою чи її очікували?*

*Чи можете ви згадати свої почуття на той час?*

*Чи сильно змінилися ваші почуття до втраченої людини з часом?*

*Ви були на похороні і як ви це переживали?*

Якщо вищезазначене раніше не уточнювалося.

Якщо втратили батьків чи брата або сестру:

*Як це вплинуло на ваше життя (життя інших членів сім'ї) і як це змінилося з роками?*

*Чи могли б ви сказати, що ця втрата вплинула на вашу дорослу особистість?*

*Чи впливає це на ваш підхід до власної дитини?*

**13а. Ви втрачали в дитинстві інших важливих людей?** (Ті самі запитання — знову ж таки, це стосується людей, які померли, а не до свідку розлуки.)

**13б. Ви втрачали інших близьких людей у дорослому житті?** (Ті самі запитання.) Будьте впевнені, що відповідь на ці запитання охоплює втрату будь-яких братів і сестер, будь то старші чи молодші, втрату бабусь і дідусів та втрату будь-якої людини, яка здавалася «заміною батьків» або яка певний час жила з родиною. Перевірте будь-які втрати, які здаються важливими для учасника, включаючи втрату друзів, далеких родичів та сусідів або сусідських дітей. Якщо учасник дослідження згадує про самогубство друга або родича та переживає з приводу цього, втрата повинна бути повністю дослідженою.

**14. Крім тих важких досвідів життя, які ви вже описали, чи були у вас інші переживання, які ми повинні розглядати як потенційно травматичні?** Нехай особа вільно відповідь на це запитання. Якщо потрібно, уточніть: *Я маю на увазі будь-який досвід, який був для вас жахливим.*

Перевага додавання цього запитання полягає в тому, що воно може виявити прогалини в міркуваннях або дискурсі, характерні для травматичного досвіду.

**15. Тепер я хотів би задати вам ще кілька запитань про ваші стосунки з батьками. Чи багато змінилося у ваших стосунках з батьками (або тими, кого ви вважаєте батьками) після дитинства? Мене цікавлять зміни, що відбулися у вашому дорослому житті порівняно з дитинством.** Тут ми частково намагаємось опосередковано з'ясувати:

(1) чи був з боку досліджуваної особи період «повстання»;

(2) також опосередковано, чи могла особа переосмислити ранні невдалі стосунки з батьками та чи пробачила їх.

Це запитання також дає учаснику можливість описати будь-які зміни у стосунках з батьками.

**16. Тепер я хотів би запитати вас, які у вас стосунки з батьками (або батьками, що залишилися) зараз, у дорослому житті? Тут я запитую про ваші нинішні стосунки.**

*Чи маєте ви багато контактів із батьками на даний час?*

*Як би ви охарактеризували зараз ваші стосунки з батьками?*

*Не могли б ви розповісти мені про будь-які причини невдоволення у ваших поточних стосунках з батьками?*

**17. Я хотів би перейти до іншого типу запитань — буде йтися не про ваші стосунки з батьками, а натомість про ваші поточні стосунки із дітьми (не обов'язково власними), якщо вони є. Як ви реагуєте зараз, коли ви розлучаєтеся з вашою дитиною/дітьми?** (Для підлітків або осіб без дітей — дивись нижче.)

Поставте це запитання точно таким, яким воно є, без деталізації, і обов'язково надайте учаснику достатньо часу для роздумів. Учасники дослідження можуть відповісти щодо залишення дитини в школі, залишення дитини на канікулах тощо, і це заохочується. Тут ми хочемо дослідити почуття учасника під час розлуки.

Для осіб без дітей ви поставите це запитання як гіпотетичне і продовжите решту запитань таким же чином. Наприклад, ви можете сказати:

*Зараз я хотів би, щоб ви уявили, що у вас є однорічна дитина, і мені цікаво, як ви думаєте, як би ви реагували (почувалися), якщо б вам довелося розлучитися з цією дитиною?*

*Як ви думаєте, чи коли-небудь переживали б за цю дитину?*

**18. Якби у вас було два побажання щодо вашої дитини через двадцять років, якими б вони були? Я дам вам хвилину-дві, щоб подумати про це.** Це запитання в першу чергу призначене для того, щоб допомогти особі почати дивитись у майбутнє та щоб зняти будь-який негативний настрій, який міг бути спровокований попередніми питаннями.

Щодо осіб без дітей, ви знову ставите це запитання гіпотетично. Наприклад, ви можете сказати:

*Тепер я хотів би, щоб ви продовжували уявляти, що у вас є однорічна дитина, ще на хвилину. Цього разу хотів би запитати, якби ви мали три побажання щодо своєї дитини через двадцять років, якими б вони були? Я маю на увазі майбутнє, яке ви хотіли б бачити для своєї уявної дитини. Я дам вам хвилину-дві на роздуми.*

**19. Чи є якась конкретна річ, про яку, на вашу думку, ви дізналися із власного досвіду дитинства? Що, на вашу думку, ви могли отримати від такого дитинства?** Дайте особі достатньо часу, щоб відповісти на це запитання. Як і попереднє та наступне запитання, це запитання призначене для того, щоб допомогти інтегрувати будь-які неприємні події чи почуття, які він або вона пережили чи запам'ятали в рамках цього інтерв'ю, і щоб інтерв'ю було завершено.

**20. У цьому інтерв'ю ми багато зосереджувались на минулому, але в кінцевому підсумку я хотів би зосередитися на майбутньому. Ми щойно говорили, про що ви дізналися з власного дитинства. На закінчення я хотів би запитати вас, чого б вам хотілося, щоб ваша дитина (або ваша уявна дитина) дізналася (отримала) з її власного дитинства, спираючись на стосунки з вами?** Тепер інтерв'юєр починає допомагати учаснику звернути свою увагу на інші теми та завдання.

Цифрова обробка інтерв'ю не передбачається і є матеріалом для подальшої психотерапевтичної роботи. ■

### Додаток 3.

## Діагностика синдрому професійного вигорання

### *Опитувальник щодо рівня професійного вигорання Маслач — Джексон (МВІ)*

Опитувальник щодо рівня професійного вигорання (Maslach Burnout Inventory, MBI) (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н.Е. Водоп'янової) — це тест щодо професійного вигорання, призначений для виявлення вираженості проявів вигорання у фахівців різних професій, перш за все комунікативних, тобто соціальної сфери (Maslach, 2003).

Методика містить три шкали: «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція особистих досягнень» (Maslach & Jackson, 1981, 1996).

Обведіть, будь ласка, номер, що відображає вашу відповідь на кожне із тверджень:

- 0 Ніколи
- 1 Принаймні декілька разів на рік
- 2 Раз на місяць як мінімум
- 3 Кілька разів на місяць
- 4 Раз на тиждень
- 5 Кілька разів на тиждень
- 6 Щодня

	Твердження	Частота						
		0	1	2	3	4	5	6
1.	Я відчуваю себе емоційно виснаженою/-им	0	1	2	3	4	5	6
2.	Наприкінці робочого дня я почуваю себе як вичавлений лимон	0	1	2	3	4	5	6
3.	Я відчуваю себе втомленою/-им, коли прокидаюсь вранці й мушу йти на роботу	0	1	2	3	4	5	6
4.	Я добре розумію, що відчувають мої клієнти	0	1	2	3	4	5	6
5.	Я спілкуюся з клієнтами цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму	0	1	2	3	4	5	6
6.	Робота з людьми впродовж цілого дня вимагає багато зусиль	0	1	2	3	4	5	6
7.	Я дуже ефективно вирішую проблеми своїх клієнтів	0	1	2	3	4	5	6

**Закінчення табл.**

8.	Я відчуваю пригніченість і апатію через свою роботу	0	1	2	3	4	5	6
9.	Я відчуваю, що можу на роботі позитивно впливати на людей	0	1	2	3	4	5	6
10.	Останнім часом я стала/-в менш чутливою/-им у ставленні до людей	0	1	2	3	4	5	6
11.	Я відчуваю, що робота робить мене емоційно черствою/-им	0	1	2	3	4	5	6
12.	Я почуваю себе енергійно та емоційно піднесеною/-им	0	1	2	3	4	5	6
13.	У мене все більше розчарувань через свою роботу	0	1	2	3	4	5	6
14.	Мені здається, що я занадто багато працюю	0	1	2	3	4	5	6
15.	Іноді мені дійсно байдуже, що відбувається з деякими клієнтами	0	1	2	3	4	5	6
16.	Робота в безпосередньому контакті з людьми занадто сильно мене напружує	0	1	2	3	4	5	6
17.	Я можу легко створити атмосферу доброзичливості та співпраці при спілкуванні з моїми клієнтами	0	1	2	3	4	5	6
18.	Я відчуваю себе сповненою/-им енергії, коли встановлюю на роботі тісну комунікацію з моїми клієнтами	0	1	2	3	4	5	6
19.	Завдяки своїй роботі я вже зробила/-в у житті багато насправді цінного	0	1	2	3	4	5	6
20.	Я почуваю себе на межі можливостей (виснаженою/-им)	0	1	2	3	4	5	6
21.	На роботі я спокійно долаю емоційні труднощі	0	1	2	3	4	5	6
22.	Іноді мої клієнти перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків	0	1	2	3	4	5	6

**Облік результатів**

1	Емоційне виснаження	
Сума балів за запитаннями	1, 2, 3, 8, 12, 13, 14, 16, 20	
2	Деперсоналізація	
Сума балів за запитаннями	5, 6, 10, 15, 22	



**Закінчення табл.**

3	Редукція особистих досягнень	Розрахункова редукція особистих досягнень є оберненою до фактично отриманих балів, тобто чим вищі бали, тим нижчий прояв даної складової у СПВ — використовується для отримання остаточного (загального) показника СПВ
Сума балів за запитаннями	4, 7, 9, 11, 17, 18, 19, 21	
Загальний рівень СПВ = сума балів за всіма субшкалами		

**Оцінка результатів**

Субшкала тесту МВІ	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистих досягнень	Редукція особистих досягнень (розрахункова)	Загальне вигорання
Високий рівень	27	13 і більше	0–30	18–48	58 і більше
Середній (помірний) рівень	17–26	7–12	31–36	12–17	36–55
Низький рівень	0–16	0–6	37 і більше	0–11	До 33

## Додаток 4.

### Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка (модифікація Ільїна)

Діагностика рівня емоційного вигорання розроблена В.В. Бойко в модифікації Є. Ільїна. Методика має субшкали за стадіями формування СПВ: два показники фази напруження — симптоми «незадоволеність собою» та «загнаність в клітку/кут»; один показник фази резистентності — симптом «редукція професійних обов'язків»; два показники фази виснаження — симптоми «емоційна відстороненість» та «особистісна відстороненість (деперсоналізація)».

**Інструкція.** Вам запропоновано низку тверджень, будь ласка, напишіть свою думку: якщо ви згодні із твердженням, поставте біля відповідного йому номера в бланку для відповідей знак «+» («так»), якщо не згодні — знак «-» («ні»).

1. Сьогодні я задоволена/-ий своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.

2. Я помилилась/-вся у виборі професії або профілю діяльності (займаю не своє місце).

3. Коли я відчуваю втому або напругу, то намагаюся скоріше згорнути (закінчити) справу.

4. Моя робота притупляє емоції.

5. Я відверто втомилася/-вся від проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.

6. Робота приносить мені все більше задоволення.

7. Я б змінила/-в місце роботи, якби сталася нагода.

8. Через втому або напруження я приділяю своїм справам менше уваги, ніж потрібно.

9. Я спокійно сприймаю претензії керівництва і колег на роботі.

10. Спілкування з колегами на роботі спонукає мене цуратися людей.

11. Мені все важче встановлювати і підтримувати контакти з колегами.

12. Обставини на роботі мені здаються дуже важкими, складними.

13. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи.

14. Я дуже хвилююся через свою роботу.

15. Колегам на роботі я приділяю уваги більше, ніж отримую від них.

16. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.

17. Останнім часом мене переслідують невдачі на роботі.
18. Я зазвичай виявляю інтерес до колег окрім того, що стосується робочих справ.
19. Я іноді ловлю себе на думці, що працюю автоматично, бездушно.
20. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимо-волі бажаєш їм чогось поганого.
21. Успіхи в роботі надихають мене.
22. Ситуація на роботі, в якій я опинилася/-вся, здається майже безвихідною.
23. Я часто працюю через силу.
24. У роботі з людьми я керуюсь принципом: не гай нерви, бережи здоров'я.
25. Іноді я йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути.
26. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
27. Якби мені пощастило з роботою, я б була/-в більш щаслива/-ий.
28. Зазвичай я кваплю час: скоріше б робочий день скінчився.
29. Працюючи з людьми, я зазвичай неначе ставлю екран, що захищає від чужих страждань та негативних емоцій.
30. Моя робота мене дуже розчарувала.
31. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
32. Моя кар'єра склалася вдало.
33. Якщо випадає можливість, я приділяю роботі менше уваги, але так, щоб цього ніхто не помітив.
34. До всього, що відбувається на роботі, я втратила/-в інтерес.
35. Моя робота погано на мене вплинула — зробила мене сердитою/-им, притупила емоції, зробила нервовою/-им.

### *Бланк для відповідей*

Номери тверджень та відповіді							Бали
1	6	11	16	21	26	31	
2	7	12	17	22	27	32	
3	8	13	18	23	28	33	
4	9	14	19	24	29	34	
5	10	15	20	25	30	35	
Загальна сума балів:							

### **Обробка та інтерпретація даних**

Нижче наводиться ключ до методики — перелік симптомів та відповідні номери тверджень (ознак). Знак перед номером означає відповідь: (+) «так» або (–) «ні»; в дужках вказані бали, що проставляються за надану відповідь.

Симптом «незадоволеність собою» (показник напруження)	–1 (3), +6 (2), +11 (2), –16 (10), –21 (5), +26 (5), +31 (3)
Симптом «загнаність в клітку/кут» (показник напруження)	–2 (3), +7 (2), +12 (2), –17 (10), 22 (5), +27 (5), +32 (3)
Симптом «редукція професійних обов'язків» (показник резистенції)	–3 (3), +8 (2), +13 (2), –18 (10), +23 (5), +28 (5), +33 (3)
Симптом «емоційна відстороненість» (показник виснаження)	–4 (3), +9 (2), –14 (2), –19 (10), 24 (5), +29 (5), +34 (3)
Симптом «особистісна відстороненість (деперсоналізація)» (показник виснаження)	–5 (3), +10 (2), +15 (2), –20 (10), 25 (5), +30 (5), +35 (3)

Відповідно до ключа визначається сума балів для кожного симптома «вигорання», а потім — сума по всіх симптомах, тобто його підсумковий показник.

### **Оцінка результатів**

Сума балів по кожному симптому інтерпретується так: 9 і менше балів — несформований симптом; 10–15 балів — симптом, що формується; 16 і більше балів — сформований симптом.

Відповідно, сума балів за всіма симптомами, що дорівнює 45 і менше балів, — відсутність вигорання; 50–75 балів — початкове вигорання; 80 балів та вище — наявне вигорання. ■

## Додаток 5. Опитувальник Q12 Геллапа

Методика, яка найчастіше використовується в бізнес-контексті та була розроблена як інструмент управління. Стандартизований опитувальник містить 12 тверджень, що вимірюють особливості умов праці, які можливо змінювати на рівні керівника або менеджера, сприйняття робочої ситуації: чіткість ролей, ресурси, відповідність виконуваної роботи працівника його здібностям та вимогам, відгуки та відчуття своєї цінності як працівника. Q12 вимірює «умови взаємодії (залученості)», кожна з яких є причинним фактором залученості до трудової взаємодії (*Schaufeli, 2012; Harter et al., 2009*).

Обведіть, будь ласка, номер, що відображає вашу відповідь на кожне із запитань:

- 1 Повністю не погоджуюсь
- 2 Не погоджуюсь
- 3 Нейтрально (і так, і ні)
- 4 Погоджуюсь
- 5 Цілком погоджуюсь

Запитання						
1.	Чи ви знаєте, що від вас очікують на роботі?	1	2	3	4	5
2.	Чи є у вас матеріали та обладнання, необхідні для того, щоб виконувати свою роботу належним чином?	1	2	3	4	5
3.	Чи є у вас на роботі можливість щодня робити те, що ви можете найкраще?	1	2	3	4	5
4.	За останні сім днів ви отримували заохочення чи похвалу за добре виконану роботу?	1	2	3	4	5
5.	Ваш керівник або хтось інший на роботі цікавиться вами як особистістю?	1	2	3	4	5
6.	Чи хтось на роботі сприяє вашому професійному розвитку?	1	2	3	4	5
7.	Чи ваша думка враховується на роботі?	1	2	3	4	5
8.	Чи місія вашої установи (лікарні) дає вам відчуття, що ваша праця важлива?	1	2	3	4	5
9.	Чи прагнуть ваші колеги виконувати роботу якісно?	1	2	3	4	5

**Закінчення табл.**

10.	Чи є у вас справжній друг на роботі?	1	2	3	4	5
11.	За останні пів року чи говорив хтось на роботі з вами про ваші досягнення та професійний розвиток?	1	2	3	4	5
12.	Чи були у вас можливості на роботі впродовж минулого року вчитися та рости професійно?	1	2	3	4	5

**Оцінка результатів**

Відповідно до ключа визначається сума балів (максимальна сума становить 60 балів, або 100 %).

Підсумковий показник оцінюється як Q12:

бали > 42, або  $x \% > 70 \%$  — активно залучені;

бали 30–42, або  $x \% 50\text{--}70 \%$  — залучені;

бали < 30, або  $x \% < 50 \%$  — не залучені. ■

## Додаток 6. Визначення ефективності терапії

Наразі дедалі актуальним стає підхід, що відображає багатоаспектний розгляд психічної патології із залученням не тільки клініко-психопатологічних, а й соціально-середовищних показників, які активно залучаються як діагностичні критерії. Поняття якості життя значною мірою ґрунтується на психосоматичному розумінні хвороби. На тому, як людина переживає патологічний процес, що це означає для неї і як це значення впливає на її поведінку та взаємодію з оточуючим середовищем. Оцінка якості життя стає ще більш актуальною в контексті зростання хронічної соматичної та психічної патології.

Якість життя — це інтегральний показник, який відображає, наскільки людина задоволена своїм фізичним, психічним та соціальним станом. Дослідження якості життя допомагає отримати інформацію, необхідну для ширшого розуміння впливу клінічних проявів захворювання на загальний соматичний та психологічний стан хворих, а також дає можливість оцінити ефективність застосованої терапії в динаміці.

Слід зазначити, що якість життя — це суб'єктивний та багатокомпонентний показник, який характеризує сприйняття людиною різних аспектів свого життя, тобто певною мірою цей показник відображає емоційний стан людини на момент опитування.

### *Шкала оцінки рівня якості життя (О. Чабан)*

**Інструкція.** Згадайте, будь ласка, ті події, що відбувались із вами за **останні 30 днів**. Враховуючи їх, наскільки ви були задоволені наступним із нижченаведеного. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10, де:

- 0 — зовсім не задоволений(-а);
- 1–3 — більш незадоволений(-а), ніж задоволений(-а);
- 4–6 — посередньо;
- 7–9 — більш задоволений(-а), ніж незадоволений(-а);
- 10 — надзвичайно задоволений(-а).

1. Своім фізичним станом?

**0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10**

2. Настроєм?

**0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10**

3. Проведенням вільного часу?  
0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
4. Любов'ю, сексуальною активністю?  
0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?  
0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?  
0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
7. Фінансовим благополуччям?  
0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
8. Умовами проживання?  
0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?  
0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
10. Загальний рівень задоволеності життям?  
0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10

Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самостійно.

Мінімальна кількість балів — 0, максимальна — 100.

Рівень якості життя:

- вкрай низький — до 56 балів включно;
- низький — від 57 до 66 включно;
- середній — від 67 до 75 включно;
- високий — від 76 до 82 включно;
- дуже високий — від 83 балів.

**Дуже високий** — абсолютне та повне задоволення своїм життям (соціальним статусом, положенням, роботою, оточенням, здоров'ям, відчуття гармонії власного життя та оточення, відчуття щастя).

**Високий** — майже повне задоволення своїм життям, є незначні проблеми, які вирішуються.

**Середній** — посереднє задоволення своїм життям, є значні проблеми в житті якогось характеру, для вирішення яких потрібно докласти зусиль, деяка невпевненість у майбутньому.

**Низький** — незадоволення своїм життям, є значні та такі, що не вирішуються, проблеми життя, немає радості від життя, яке сприймається як тяжка боротьба з невизначеним майбутнім, скоріше негативним.

**Вкрай низький** — абсолютне та повне незадоволення своїм життям, відчуття порожнечі, глухого кута, безперспективності та гнітючості життя, власної непотрібності, краху. ■



## Додаток 7.

### Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36)

MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form); дана методика використовується для визначення неспецифічної якості життя незалежно від статевих та вікових особливостей, а також від наявності захворювання.

Опитувальник MOS SF-36 був розроблений ще у 80-х роках ХХ століття у США John E. Ware на основі масштабного дослідження наслідків захворювань (Medical Outcomes Study). У результаті цього дослідження був сформований 40-факторний опитувальник, який складався зі 149 пунктів (149-item Functioning and well-being profile). При дослідженні валідності даного опитувальника було виявлено 8 факторів якості життя, які найчастіше змінювалися під впливом хвороби та лікування. Отже, було висловлено припущення про те, що дані фактори відображають найбільш загальні та неспецифічні параметри якості життя. Питання, які містяться у сучасній версії опитувальника MOS SF-36, відносяться саме до цих факторів.

Опитувальник був валідований у 1998 р. аналітичним сектором Міжнародного центру дослідження якості життя в м. Санкт-Петербурзі, де було показано високу узгодженість з характеристиками якості даних досліджень, проведених у інших країнах.

Модель, що лежить в конструкції шкал та сумарних вимірювань опитувальника MOS SF-36, має три рівні: 36 питань, 8 шкал та 2 сумарні вимірювання, якими об'єднуються шкали. Опитувальник відображає загальне благополуччя та рівень задоволеності тими сторонами життєдіяльності індивідуума, які справляють вплив на стан здоров'я. Визначення рівня якості життя проводилося за такими шкалами:

1. *Фізичне функціонування (Physical Functioning (PF))* — шкала, що оцінює фізичну активність та включає в себе самообслуговування, ходьбу, підйом сходами, підняття важких речей, а також виконання значних фізичних навантажень. Даний показник відображає повсякденні фізичні навантаження, і чим він вищий, тим більше фізичне навантаження, на думку досліджуваного, він може виконати. Низькі показники за даною шкалою свідчать про те, що активність пацієнта значно обмежена станом здоров'я.

2. *Рольове фізичне функціонування (Role Physical (RP))* — шкала, яка розкриває роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, а саме характеризує ступінь обмеження у роботі та виконанні повсякденних обов'язків тими факторами, що пов'язані зі здоров'ям. Отже, низькі показники за даною шкалою вказують на те, що повсякденна діяльність значно обмежена станом здоров'я.

3. *Шкала болю (Bodily Pain (BP))* — вказує на інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю, включаючи роботу по дому, протягом останніх 4 тижнів. Низькі показники даної шкали вказують на те, що біль значно перешкоджає фізичній активності хворого.

4. *Загальний стан здоров'я (General Health (GH))* — оцінює стан здоров'я в даний момент, перспективи лікування та наявність опору захворюванню. Так, високі показники свідчать про хороший стан здоров'я опитуваного.

5. *Шкала життєздатності (Vitality (VT))* — показує рівень сил та енергії пацієнта. Низькі бали свідчать про втому та зниження рівня життєвої активності.

6. *Шкала соціального функціонування (Social Functioning (SF))* — розкриває задоволеність рівнем соціальної активності (спілкуванням з сім'єю, друзями, колегами) і відображає ступінь, при якому емоційний або фізичний стан цю активність обмежує.

7. *Рольове емоційне функціонування (Role Emotional (RE))* — показує вплив емоційного стану на виконання роботи або іншої повсякденної діяльності, включно зі збільшенням часу на виконання, зменшення об'єму та якості виконуваної роботи.

8. *Психологічне здоров'я (Mental Health (MH))* — характеризує настрій, наявність тривоги та депресії, вказує на загальний показник позитивних емоцій. Так, низькі показники даної шкали свідчать про психологічне неблагополуччя: наявність депресивних та тривожних станів.

Максимальним значенням для всіх шкал, при повній відсутності обмежень чи порушень стану здоров'я, є 100 балів. Отже, чим вищий показник по кожній із шкал, тим краща якість життя за даним параметром.

У подальшому вищезазначені шкали були згруповані у два показники, що склали фізичний та психологічний компонент здоров'я: шкали RP, BP, GH характеризують фізичний компонент здоров'я — Physical Health (PH), VT, SF, RE, MN — складові психологічного компонента — Mental Health (MH).

### ***Шкала якості життя SF-36***

*1. У цілому ви б оцінили свій стан здоров'я як:*

1. Відмінне.
2. Дуже добре.
3. Добре.
4. Посереднє.
5. Погане.

*2. Як би ви у цілому оцінили своє здоров'я зараз порівняно з тим, що було рік тому:*

1. Значно краще, ніж рік тому.
2. Дещо краще, ніж рік тому.
3. Приблизно таке саме, як рік тому.
4. Дещо гірше, ніж рік тому.
5. Набагато гірше, ніж рік тому.

*3. Наступні запитання стосуються дій, які вам інколи доводиться виконувати протягом звичайного дня. Чи обмежує вас стан здоров'я на тепер у виконанні перерахованих нижче дій? Якщо так, то якою мірою?*

<b>Дії</b>	<b>Так, значно обмежує</b>	<b>Так, трохи обмежує</b>	<b>Ні, зовсім не обмежує</b>
Тяжкі фізичні навантаження (біг, підняття важких речей, заняття силовими видами спорту)			
Помірні фізичні навантаження (переміщення столу, робота з пирососом, гра в бадмінтон, збір грибів)			
Підняти та нести сумку з продуктами			
Піднятися пішки сходами на декілька поверхів			
Піднятися пішки сходами на 1 поверх			
Пригнутись, нахилитись або встати на коліна			
Пройти відстань більше одного кілометра			
Пройти декілька сотень метрів			
Пройти сто метрів			
Самостійно помитися, вдягнутися			

4. Як часто за останні 4 тижні ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі або іншій звичній активності з причини, пов'язаної з фізичним станом?

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу та інші справи					
Виконали менше, ніж хотіли					
Ви були обмежені у виконанні якого-небудь певного виду роботи або іншої діяльності					
Були труднощі при виконанні роботи або інших справ (наприклад, потребували більше зусиль)					

5. Як часто за останні 4 тижні ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі чи іншому звичному виді активності через емоційний стан (наприклад, депресії або занепокоєння)?

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи					
Виконали менше, ніж хотіли					
Виконували свою роботу або інші справи менш акуратно, ніж звичайно					

6. Наскільки ваш фізичний та емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав вашому звичайному спілкуванню із сім'єю, друзями, сусідами або в колективі?

1. Зовсім не заважав.
2. Трохи.
3. Помірно.
4. Сильно.
5. Дуже сильно.

7. Наскільки сильний фізичний біль ви відчували протягом останніх 4 тижнів?

1. Зовсім не відчували.
2. Тільки дуже слабкий.
3. Слабкий.
4. Помірний.
5. Сильний.
6. Дуже сильний.

8. Якою мірою біль протягом останніх 4 тижнів заважав вам займатись вашою звичною роботою?

1. Зовсім не заважав.
2. Трохи.
3. Помірно.
4. Сильно.
5. Дуже сильно.

9. Наступні питання стосуються того, як ви себе почували та яким був ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь ласка, на кожне запитання дайте одну відповідь, яка найбільш відповідає вашим відчуттям. Як часто протягом останніх 4 тижнів:

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
Ви відчували себе бадьорим?					
Сильно нервували?					
Відчували себе таким(-ою) подавленим(-ою), що ніщо не могло вас збадьорити?					
Відчували себе спокійним(-ою) та умиротвореним(-ою)?					
Відчували себе повним(-ою) сил та енергії?					
Відчували занепад духу або депресію?					
Відчували себе змученим(-ою)?					
Відчували себе щасливим(-ою)?					
Відчували себе втомленим(-ою)?					

10. Як часто за останні 4 тижні ваш фізичний або емоційний стан заважав вам активно спілкуватись з людьми (навідувати друзів, родичів тощо)?

1. Весь час.
2. Більшу частину часу.
3. Інколи.
4. Рідко.
5. Жодного разу.

11. Наскільки вірно або невірно по відношенню до вас кожне із перерахованих нижче тверджень?

	Безперечно вірно	В основному вірно	Не знаю	В основному невірно	Безперечно невірно
Мені здається, що я більш схильний до хвороб, ніж інші					
Моє здоров'я не гірше, ніж у моїх знайомих					
Я очікую, що моє здоров'я погіршиться					
У мене відмінне здоров'я					

**Оцінка результатів тестування:**

- 0–20 % — низький показник якості життя;
- 21–40 % — знижений показник якості життя;
- 41–60 % — середній показник якості життя;
- 61–80 % — підвищений показник якості життя;
- 81–100 % — високий показник якості життя. ■

## Додаток 8.

### Загальне клінічне враження

#### *CGI-S — загальне клінічне враження, шкала тяжкості*

Загальна оцінка лікарем, наскільки пацієнт хворий у певний час.

Шкала має наступний діапазон оцінок:

- 1 — норма, не хворий (відсутність симптомів, відсутність хвороби);
- 2 — пограничний стан (мінімальні симптоми, збереження спроможності до ефективної діяльності);
- 3 — легкий ступінь захворювання (незначна вираженість симптомів, суб'єктивне нездужання, незначне порушення або збереження функцій);
- 4 — середня тяжкість захворювання (деякі симптоми виражені, помірне порушення функцій);
- 5 — виражене захворювання (явні симптоми, дуже значні функціональні порушення);
- 6 — тяжке захворювання (дуже помітні симптоми, неспроможність виконувати функції в більшості сфер діяльності);
- 7 — відноситься до пацієнтів з найтяжчим ступенем захворювання (вкрай виражені симптоми, повна непрацездатність, необхідність стороннього догляду).

#### *CGI-I — загальне клінічне враження, шкала покращення*

Загальна оцінка лікарем, наскільки стан пацієнта змінився порівняно з початковим станом (початок спостереження/лікування):

- 1 — великою мірою покращився;
- 2 — значно покращився;
- 3 — незначно покращився;
- 4 — без змін;
- 5 — мінімально погіршився;
- 6 — значно погіршився;
- 7 — великою мірою погіршився. ■

## **Додаток 9.**

### **Діагностика депресії у пацієнтів з вадами комунікації**

Поширеними наслідками мозкового інсульту є післяінсультні депресія, тривога, судинні когнітивні розлади та стомлюваність. Від 20 до 50 % пацієнтів стикаються принаймні з однією з перерахованих проблем. На жаль, вони не завжди очевидні для медичних працівників, доглядальників та навіть самого хворого, проте суттєво ускладнюють реабілітацію та знижують якість життя.

Раннє виявлення післяінсультної депресії є важливим клінічним завданням, оскільки вона негативно впливає на виживання, функціональний наслідок, відновлення соціальної активності та якість життя. Розвиток депресії у хворого, який переніс інсульт, погіршує когнітивні функції, подовжує період госпіталізації, підвищує ризик самогубства.

Проблема верифікації депресії значно ускладнюється у пацієнтів з наявністю комунікативних проблем унаслідок афазії. У таких випадках унеможлиблюється застосування стандартних діагностичних шкал Гамільтона та Монтгомері — Асберга. Утім, існують інші методи визначення депресії у пацієнтів з афазією.

#### ***Шкала оцінки афазичної депресії (ADRS)***

Шкала оцінки афазичної депресії (Aphasic Depression Rating Scale, ADRS) була розроблена для виявлення та вимірювання депресії у пацієнтів з афазією під час підгострої стадії інсульту. Шкала ADRS була розроблена Benaïm, Caïlly, Perennou та Pelissier у 2004 році.

Шкала ADRS містить 9 пунктів, відібраних зі шкали депресії Гамільтона (HAM-D), шкали депресії Монтгомері — Асберг (MADRS) та шкали оцінки загальмованості Salpetriere (SRRS).

Окремі пункти вимірюють безсоння, тривожність (як психічну, так і соматичну), соматичні симптоми (гастроінтестинальні), іпохондрію, втрату ваги, видимий смуток, уповільненість рухливості обличчя та втомлюваність.



**Підрахунок балів за шкалою ADRS**

<b>Пункт</b>	<b>Оцінка</b>
1. Безсоння протягом ночі	0 = ніяких труднощів 1 = пацієнт вказує на неспокій і занепокоєння протягом ночі/спостерігається порушення сну 2 = неспання протягом ночі; будь-яке вставання з ліжка (крім того, щоб піти в туалет)
2. Тривога психічна	0 = немає труднощів 1 = деяка напруженість і дратівливість 2 = турбота про незначні справи 3 = побоювання, яке простежується на обличчі чи у мовленні пацієнта 4 = страхи, що наявні (словесне/невербальне вираження) без опитування
3. Тривога соматична	0 = відсутня; 1 = легка; 2 = помірна; 3 = важка; 4 = що призводить до недієздатності
4. Соматичні симптоми (гастроінтестинальні)	0 = немає 1 = втрата апетиту, але пацієнт продовжує їсти; відчуття тяжкості в животі 2 = труднощі з прийомом їжі (не через парез руки); просить/вимагає проносних препаратів або ліків від запору або шлунково-кишкових симптомів
5. Іпохондрія	0 = немає 1 = самопоглинання (тілесне) 2 = заклопотаність здоров'ям 3 = часті скарги, прохання про допомогу тощо 4 = іпохондричне марення
6. Втрата ваги	0 = < 0,5 кг втрати ваги на тиждень 1 = від 0,5 до 1 кг втрати ваги на тиждень 2 = > 1 кг втрати ваги на тиждень
7. Явний сум	0 = немає смутку 1 = від 0 до 2 2 = виглядає знеохоченим, але веселішає без труднощів 3 = від 2 до 4 4 = більшу частину часу здається сумним і нещасним 5 = від 4 до 6 6 = виглядає сумним весь час; надзвичайно зневірений
8. Мімічна уповільненість рухливості обличчя	0 = голова вільно рухається, повертаючись на тілі, коли треба оглянути кімнату або подивитись на лікаря або на інше, що зацікавило 1 = може бути деяке зниження рухливості, що не легко підтвердити

**Закінчення табл.**

	<p>2 = знижена рухливість є певною, але помірною; погляд часто фіксований, але все ще здатний рухатися; міміка, хоч і одноманітна, все ж виразна</p> <p>3 = не рухає головою/не досліджує кімнату, зазвичай дивиться в підлогу, рідко дивлячись на лікаря; пацієнт повільно посміхається; вираз обличчя незмінний</p> <p>4 = обличчя абсолютно нерухоме і болісно невиразне</p>
9. Стомлюваність	<p>0 = стомлюваність не вказується спонтанно/після безпосереднього опитування</p> <p>1 = стомлюваність не вказується спонтанно, але свідчення про це з'являються під час співбесіди</p> <p>2 = пацієнт переживає стомлюваність у своєму повсякденному житті (їжа, миття, одягання, підйом сходами або будь-яка фізична активність, яку пацієнт, як правило, може виконувати, незважаючи на дефіцит моторики)</p> <p>3 = стомлюваність така, що пацієнт повинен дещо зменшити певні види активності</p> <p>4 = майже повне зменшення активності через переважну втому</p>

Загальний бал за шкалою ADRS нараховується шляхом додавання оцінки кожного окремого пункту до загальної можливої оцінки (максимально 32 бали). Кожен пункт оцінюється по-різному. Загальна оцінка 9 балів та вище вказує на наявність депресії.

### ***Шкала післяінсультної афазичної депресії (SADQ- H 10)***

Шкала післяінсультної афазичної депресії (Stroke Aphasic Depression Questionnaire, SADQ-H 10) є альтернативним варіантом діагностики, розробленим для верифікації депресії суто на основі спостереження за поведінкою пацієнта. Оригінальну версію шкали SADQ з 21 пункту та її скорочену версію на 10 пунктів (SADQ-10) розробили Саткліфф та Лінкольн у 1998 р. Шкали SADQ та SADQ-10 було переглянуто Саткліффом, Лінкольном та Унсвортом у 2000 році, щоб вони могли застосовуватися для пацієнтів саме в лікарні (відповідно SADQ-H та SADQ-H 10).

Для всіх версій SADQ для кожного запитання підбирається оцінка 0–3. Загальний бал отримується шляхом додавання індивідуальних балів з кожного запитання. Загальний бал  $\geq 15$  свідчить про наявність депресії, максимальною оцінкою може бути 30 балів.

**Шкала післяінсультної афазичної депресії (SADQ-H 10)**

№	Запитання	Щодня	4–6 днів	1–4 дні	Ніколи
1	Чи були плаксиві голосіння?	3	2	1	0
2	Чи був неспокійний сон?	3	2	1	0
3	Чи уникає очного контакту при розмові?	3	2	1	0
4	Чи були напади плачу?	3	2	1	0
5	Чи скаржився на гострий/хронічний біль?	3	2	1	0
6	Чи був сердитий/злий?	3	2	1	0
7	Чи уникав соціальної активності?	3	2	1	0
8	Чи був неспокійним або непосидючим?	3	2	1	0
9	Чи сидів нічого не роблячи?	3	2	1	0
10	Чимось зайнятий протягом дня?	0	1	2	3

**Шкала інтенсивності депресії з колами (DISCs)**

Шкала DISCs (Depression Intensity Scale Circles) може використовуватись для пацієнтів після інсульту або черепно-мозкової травми, які мають комунікативні проблеми, але розуміють, що відбувається. Вона є одним з варіантів візуально-аналогових шкал, що часто використовуються в клінічній практиці (візуально-аналогова шкала болю, візуально-аналогова шкала настрою, візуально-аналогова шкала самооцінки тощо). Шкала DISCs може вільно використовуватися. Зазвичай вона відображається на ламінованій картці, також доступна паперова версія.

Шкала інтенсивності депресії з колами є шестибальною порядковою графічною шкалою оцінок (діапазон оцінок від 0 до 5), що зображує шість кіл із зростаючою часткою темного затінення. Кожне коло має діаметр 2 см. Відстань від центру нижнього кола до центру верхнього кола становить 15 см.

Шкалу DISCs показують пацієнту при хорошому освітленні та перевіряють його здатність сприймати весь діапазон шкали, прохаючи по черзі вказувати на кожне коло.

Наступне пояснення підкріплюється жестами або картинками відповідно:

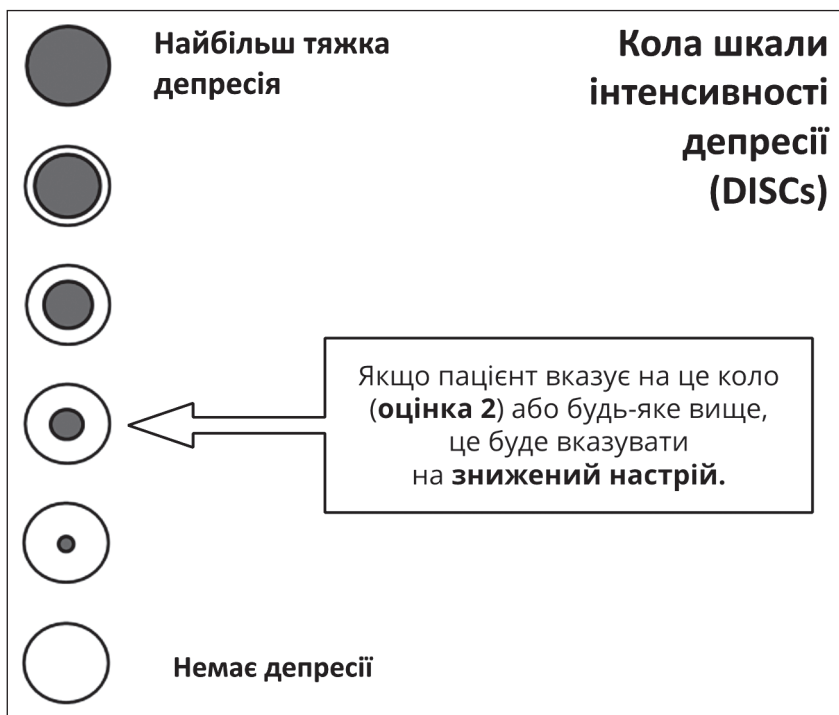
— Це шкала для вимірювання смутку чи депресії. Сірі кола показують, як ви відчуваєте сум або депресію.

— Нижнє коло [вказіть чітко коло] не відображає смутку чи депресії.  
— Верхнє коло [вказіть повністю затінене коло] показує смуток або депресію якомога гіршими.

— Коли ви рухаєтесь від нижнього до верхнього кола [вказуйте на кожне коло, що піднімається за шкалою], ви бачите, що смуток або депресія стають дедалі тяжчими.

— Яке з цих кіл найкраще показує, наскільки сумно чи пригнічено ви почуваетесь сьогодні?

Зверніть увагу, що коло з оцінкою 2 вже вказує на пригнічений настрій пацієнта.



*Навчальне видання*

*Чабан Олег Созонтович,  
Хаустова Олена Олександрівна,  
Коваль Ірина Андріївна та ін.*

## **Комунікативні навички лікаря**

***Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів  
та фахівців практичної медицини***

*2-ге видання, перероблене і доповнене*

*За загальною редакцією проф. О.С. Чабана*

Зміст видання відповідає освітньо-професійній програмі підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах МОЗ України за спеціальністю 222 «Медицина» та програмі дисципліни «Комунікативні навички лікаря».

Розглянуті питання професійної комунікації лікаря з пацієнтом, родиною хворого, у медичному середовищі (з колегами); чинники, що впливають на встановлення та підтримання контакту з пацієнтом у процесі лікувально-діагностичної взаємодії, достатнього для досягнення лікувальних цілей; тактика та стратегія у типових ситуаціях лікувально-діагностичної взаємодії, у тому числі коли пацієнти мають особистісні особливості, демонструють ознаки психічного стресу, неадаптивну поведінку; шляхи профілактики та подолання медичних конфліктів; принципи спілкування з родиною хворого; організація робочого часу лікаря з позицій тайм-менеджменту, значення професійного розвитку та психологічних компетенцій для виконуваної діяльності; шляхи та засоби профілактики професійної дезадаптації та емоційного вигорання.

Підп. до друку \*. \*.2020. Формат 60x84/16. Папір офсетний.

Гарнітура «NewtonС». Друк офсет.

Ум. друк. арк. \*,\*. Обл.-вид. арк. \*,\*.

Тираж \* пр. Зам. № \*

Видавець Заславський О.Ю.

Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107

Тел./факс: +38(044) 223-27-42

Е-mail: admin@mif-ua.com

www.mif-ua.com, www.bookvamed.com.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2182 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпрес»

Вул. Алчевських, 2, м. Харків, 61002