

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему: ДОВІРА В ДІАДІ ЛІКАР-ПАЦІЄНТ ЯК ЧИННИК  
ЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Виконав: студент II курсу, групи 8.0532  
спеціальності 053– Психологія  
освітня програма: Психологія  
Колесніков Іван Миколайович  
Керівник: Грандт В.В. к.психол.н., доцент  
кафедри психології  
Рецензент: Шевченко Н.Ф., д.психол.н.,  
професор кафедри психології

Запоріжжя – 2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології  
Кафедра психології  
Рівень вищої освіти магістерський  
Спеціальність 053 Психологія  
Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.

**ЗАВДАННЯ**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

Колеснікову Івану Миколайовичу

Тема роботи Довіра в діаді лікар-пацієнт як чинник ефективного лікування  
військовослужбовців

керівник роботи Грандт В.В. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «26» 09 2023 року № 1505-с

2. Строк подання студентом роботи \_\_\_\_\_
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: розглянути комунікацію: основні поняття та структура; теоретично дослідити особливості встановлення міжособистісного контакту в діаді лікар-пацієнт; визначити проблеми довіри в діаді лікар-пацієнт; розглянути складні ситуації в лікуванні військовослужбовців; розробити психологічні рекомендації лікарю, як впоратися з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.
5. Перелік графічного матеріалу: -

## 6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Грандт В.В., доцент		
Розділ 1	Грандт В.В., доцент		
Розділ 2	Грандт В.В., доцент		
Висновки	Грандт В.В., доцент		

7. Дата видачі завдання січень 2023 р.

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень- липень 2023	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2023 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2023 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2023 р.	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ І.М. Колесніков

Керівник роботи \_\_\_\_\_ В.В. Грандт

**Нормоконтроль пройдено**

**Нормоконтролер** \_\_\_\_\_ О. М. Грединарова

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 78 сторінок, 62 джерела.

Об'єкт дослідження: довіра в діаді лікар-пацієнт

Предмет дослідження: довіра в діаді лікар-пацієнт як чинник ефективного лікування військовослужбовців.

Мета дослідження: теоретично дослідити основні особливості встановлення міжособистісного контакту та довіри в діаді лікар-пацієнт, як чинника ефективного лікування пацієнтів, розробити психологічні рекомендації лікарю, як впоратись з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.

Гіпотези дослідження: 1. Довіра в діаді лікар-пацієнт є чинником ефективного лікування військовослужбовців.

2. Розроблені нами психологічні рекомендації допоможуть легше та ефективніше зрозуміти емоційний стан хворого та встановити з ним довірливі взаємовідношення, що є важним чинником у воєнний час.

Методи дослідження. У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретико-порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури з досліджуваної проблеми).

Наукова новизна дослідження полягає в дослідженні основних особливостей встановлення міжособистісного контакту та довіри в діаді лікар-пацієнт, як чинника ефективного лікування пацієнтів, та розробці психологічних рекомендацій лікарю, як впоратись з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.

Практичне значення нашого дослідження полягає в тому, що результати дослідження та розроблені рекомендації можуть бути використані психологами, лікарями при лікуванні пацієнтів та військовослужбовців.

ДОВІРА, ДІАДА ЛІКАР-ПАЦІЄНТ, ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ,  
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ.

## SUMMARY

Kolesnikov I.M. Trust in the Doctor-Patient Dyad as a Factor of the Effective Treatment of Military Personnel.

Master's qualification work: 78 pages, 62 sources.

Research object: trust in the doctor-patient dyad

The subject of the study: trust in the doctor-patient dyad as a factor in the effective treatment of military personnel.

The purpose of the study: to theoretically investigate the main features of establishing interpersonal contact and trust in the doctor-patient dyad as a factor in the effective treatment of patients, to develop psychological recommendations for the doctor, how to cope with the emotional manifestations of a military serviceman patient.

Research hypotheses: 1. Trust in the doctor-patient dyad is a factor in the effective treatment of military personnel.

2. The psychological recommendations developed by us will help to more easily and effectively understand the patient's emotional state and establish a trusting relationship with him, which is an important factor in wartime.

Research methods. Theoretical methods were used in the work (theoretical and comparative analysis of psychological and pedagogical literature on the researched problem).

The scientific novelty of the study consists in the study of the main features of establishing interpersonal contact and trust in the doctor-patient dyad, as a factor in the effective treatment of patients, and the development of psychological recommendations for the doctor on how to cope with the emotional manifestations of a military service patient.

The practical significance of our study is that the research results and developed recommendations can be used by psychologists, doctors in the treatment of patients and military personnel.

TRUST, DOCTOR-PATIENT DYADH, EFFECTIVE TREATMENT, MILITARY SERVANTS.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КОМУНІКАЦІЇ В ДІАДІ ЛІКАР-ПАЦІЄНТ.....	11
1.1. Комунікація: поняття та структура.....	11
1.2. Особливості встановлення міжособистісного контакту в діаді лікар-пацієнт.....	28
РОЗДІЛ 2. ДОВІРА, ЯК ЧИННИК ЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	37
2.1. Проблеми довіри в діаді лікар-пацієнт.....	37
2.2. Складні ситуації в лікуванні військовослужбовців.....	48
2.3. Психологічні рекомендації лікарю, як впоратися з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.....	54
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72

## ВСТУП

Актуальність дослідження. Безперечно, стосунки між лікарем і пацієнтом різноманітні. Це комплекс психологічних і моральних проблем, з якими постійно стикаються лікарі. Часто виникають питання психологічного характеру, які, так чи інакше, впливають на ефективність лікування, а для цього лікар повинен володіти не тільки суто медичними знаннями, але і вміти працювати зі своїми пацієнтами, враховуючи їх психологічні особливості.

За останні роки у відносинах лікар-пацієнт відбулися принципово революційні зміни. Відповідно до Конвенції про права людини та біомедицину (Страсбург, 2005 р.) пацієнти мають право брати участь у процесі діагностики та лікування, тому все частіше прагнуть відкритого діалогу з медичними працівниками.

Однією з найважливіших умов взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом є довіра та почуття підтримки. Якщо пацієнт розуміє, що лікар має намір допомогти йому особисто, а не просто робити те, що повинен робити строго за протоколом, він, швидше за все, активніше залучатиметься до процесу лікування. Коли лікар висловлює розуміння, пацієнт впевнений, що його скарги будуть не тільки висловлені, але й почуті.

Без довіри неможливе розуміння. Повага означає визнання цінності людини як особистості. Це особливо важливо на етапах збору анамнезу, коли лікар знайомиться з особливостями життя хворого, його психічним станом і психологічними особливостями. Важливо розуміти і враховувати внутрішню картину хвороби - все, що відчуває і переживає хворий, не тільки його ситуативні відчуття, але і загальне самопочуття, уявлення про своє захворювання, його причини, і ймовірні наслідки лікування.

В Единбурзькій декларації Всесвітньої федерації медичної освіти (1988) зазначено, що кожен пацієнт повинен мати можливість знайти в особі лікаря уважного слухача та ефективного клініциста. Тому ефективна

взаємодія, комунікація та довіра в діаді лікар-пацієнт є ключовим елементом для ефективного лікування.

Немає сумніву, що колегіальна модель у моді, оскільки медицина стає все більше орієнтованою на пацієнтів. Пацієнти все більш уважно вивчають інформацію про своє захворювання, методи лікування, побічну дію ліків та особливості процедур, тощо. Така комунікація передбачає високий рівень довіри та взаємоповаги між людьми. А коли відбувається навпаки — пацієнт не може або не хоче розбиратися в деталях лікування, — спрацьовує здатність лікаря пояснити складні питання простою мовою та переконати їх.

У моделі колегіальних стосунків центральну роль відіграє довіра, а не сліпа віра у всемогутність лікаря. Це має вирішальне значення для всього процесу діагностики та лікування, і чим складніше захворювання, тим важливіше воно, оскільки життя людини може бути під загрозою. Завдання лікаря – завоювати довіру. Компетентність, авторитет, чесність у поєднанні з чуйністю, комунікабельністю – ці особистісні якості лікаря утворюють надійний міст довіри між ним і пацієнтом.

Таким чином, актуальність дослідження зумовлена проблемою довіри між лікарем та пацієнтом.

Актуальність і недостатній рівень розробки означеної проблеми зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи магістра: «Довіра в діаді лікар-пацієнт як чинник ефективного лікування військовослужбовців».

Об'єкт дослідження: довіра в діаді лікар-пацієнт

Предмет дослідження: довіра в діаді лікар-пацієнт як чинник ефективного лікування військовослужбовців.

Мета дослідження: теоретично дослідити основні особливості встановлення міжособистісного контакту та довіри в діаді лікар-пацієнт, як чинника ефективного лікування пацієнтів, розробити психологічні рекомендації лікарю, як впоратись з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.



Гіпотези дослідження: 1. Довіра в діаді лікар-пацієнт є чинником ефективного лікування військовослужбовців.

2. Розроблені нами психологічні рекомендації допоможуть легше та ефективніше зрозуміти емоційний стан хворого та встановити з ним довірливі взаємовідношення, що є важним чинником у воєнний час.

Задачі дослідження:

- розглянути комунікацію: основні поняття та структура;
- теоретично дослідити особливості встановлення міжособистісного контакту в діаді лікар-пацієнт;
- визначити проблеми довіри в діаді лікар-пацієнт;
- розглянути складні ситуації в лікуванні військовослужбовців;
- розробити психологічні рекомендації лікарю, як впоратися з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.

Методи дослідження. У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретико-порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури з досліджуваної проблеми).

Наукова новизна дослідження полягає в дослідженні основних особливостей встановлення міжособистісного контакту та довіри в діаді лікар-пацієнт, як чинника ефективного лікування пацієнтів, та розробці психологічних рекомендацій лікарю, як впоратись з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.

Практичне значення нашого дослідження полягає в тому, що результати дослідження та розроблені рекомендації можуть бути використані психологами, лікарями при лікуванні пацієнтів та військовослужбовців.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КОМУНІКАЦІЇ В ДІАДІ ЛІКАР-ПАЦІЄНТ

#### 1.1. Комунікація: поняття та структура

Проблема організації ефективної комунікації в охороні здоров'я набуває особливої актуальності, оскільки професійна діяльність сучасного лікаря характеризується поступовою заміною патерналістської моделі спілкування лікаря і пацієнта на партнерську.

Однією з причин неефективності медичної допомоги є розрив комунікації між лікарем і пацієнтом. Звичайно, важливо не тільки вміти користуватися діагностичними засобами та препаратами, а й стежити за дотриманням пацієнтами рекомендацій лікаря. Семінар ВООЗ у 1994 році розглядав проблему стосунків між лікарем і пацієнтом і виявив, що лише 20-25% пацієнтів, які звертаються до свого лікаря загальної практики, вживають ліки точно за призначенням.

Як стверджує філософ К. Ясперс, лікування складається з двох компонентів: один – наукові знання та практичне застосування, а другий – етика людяності [31].

Сучасна медицина характеризується широким спектром лікувальних тактик і відсутністю загальноприйнятого засобу, який кардинально вирішив би проблему захворювання. Так, лікарі по всій Україні використовують у своїй роботі чіткі інструкції – клінічні протоколи. А з початку 2017 року МОЗ України наказом №1422 дозволило лікарям працювати за міжнародними лікувально-діагностичними стандартами. Кожен лікар має право вільно обирати прийняті форми, методи і засоби своєї діяльності та впроваджувати в установленому порядку сучасні досягнення медичної та фармацевтичної науки і практики. Ця тенденція, у свою чергу, сприяє

збентеженню, страху та невпевненості серед пацієнтів. За таких умов все більшого значення набуває взаємодія в діаді «лікар-пацієнт» [19, 8].

Кращі лікарі всіх часів визнавали величезну важливість комунікації між лікарем і пацієнтом і свідомо впливали на пацієнта в терапевтичних цілях. Відомі психіатри ХІХ ст. стверджували, що моральне переконання є найважливішою складовою процесу одужання. У 20 столітті багато відомих дослідників займалися питаннями комунікації лікаря і пацієнта і вважали, що в складному і багаторівневому процесі спілкування виникають нові відносини. виникають між лікарем і пацієнтом [19, 17].

Від уміння лікаря володіти словами та рівня культури його мовлення значною мірою залежить його професійна діяльність. Нові стандарти медичної освіти вимагають обов'язкового знання сучасних комунікаційних технологій для академічної та професійної взаємодії.

Проблема комунікації стала однією з центральних тем, які активно обговорюються в сучасному суспільстві. Саме ця дискусія зазвичай носить характер дослідження комунікації як явища, що має певну структуру та механізм функціонування [8].

Особливе значення в професійній діяльності лікаря має професійна комунікація як взаємодія та обмін інформацією в усіх сферах людського буття. Медицина – одна зі сфер, де успішна комунікація є важливою частиною роботи кожного працівника [19, 18].

Вважаємо доцільним, спочатку дати визначення терміну «спілкування», бо саме від нього почав вживатися термін «комунікація».

Спілкування - це процес встановлення і розвитку контактів між людьми, що виникає внаслідок потреби спільної діяльності. Він передбачає обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини [10, 3].

Міжособистісне спілкування — це взаємодія кількох людей, що здійснюється за допомогою мовних і невербальних засобів взаємодії, в

результаті якої між учасниками спілкування виникають психологічні контакти і певні стосунки [10, 3].

Спілкування в медичній науці складається з таких взаємопов'язаних компонентів:

- *комунікативні* – передбачають обмін інформацією між лікарем і пацієнтом;

- *інтерактивні* – в організації взаємодії між ними, коли необхідно узгодити певні дії, вплинути на настрій, поведінку та переконання пацієнта;

- *перцептивні* – включають процеси, за допомогою яких лікар і пацієнт сприймають один одного і на цій основі встановлюють взаєморозуміння [10, 4].

За визначенням українського психологічного словника «комунікація» – це духовно-психологічна сторона людського процесу спілкування, що характеризується як за сутністю (обмін інформацією, взаємосприйняття і розуміння людей), так і за формами психологічного контакту і впливу (вербальне, невербальне, безпосереднє, опосередковане, тощо) [28, 144].

Шапар В.Б. в сучасному тлумачному психологічному словнику визначає термін «комунікація» (від лат. *communicatio* – спілкування), та дає обґрунтування в двох напрямленнях:

1. Поняття, близьке до поняття спілкування, але розширене. Це зв'язок, у якому відбувається обмін інформацією між системами живої та неживої природи. Акт комунікації аналізується та оцінюється за такими компонентами:

- 1) *адресант* – суб'єкт комунікації;
- 2) *адресат* – кому надсилається повідомлення;
- 3) *повідомлення* – переданий зміст;
- 4) *код* – засіб передачі повідомлення;
- 5) *канал зв'язку*;
- 6) *результат* – те, що досягається завдяки комунікації.

Шапар В.Б. зазначає, що комунікація може відбуватися також за допомогою немовних засобів, серед яких:

- 1) *візуально-кінетичні засоби* - жести, міміка, пантоміміка;
- 2) *паралінгвістичні засоби* – якість голосу, його діапазон, тональність;
- 3) *екстралінгвістичні засоби* – паузи, плач, сміх, темп мови;
- 4) *просторово-часові засоби* – взаємне розташування партнерів, часові затримки на початку спілкування тощо [30, 207].

2. Комунікація розглядається як семантичний аспект соціальної взаємодії. Оскільки кожна окрема дія здійснюється в умовах прямих чи опосередкованих стосунків з іншими людьми, вона окрім фізичного включає й комунікативний аспект. Дії, свідомо спрямовані на їх смислове сприйняття іншими людьми, іноді називають комунікативними.

Розрізняють процес комунікації та його складові акти. Основними функціями комунікаційного процесу є досягнення соціальної спільності при збереженні індивідуальності кожного її елемента. В окремих актах комунікації реалізуються управлінська, інформаційна, емоційна та фатична функції, перша з яких генетично і структурно своєрідна. На основі співвідношення цих функцій умовно виділяють:

- 1) *спонукальні повідомлення* - переконання, навіювання, наказ, прохання;
- 2) *інформаційні повідомлення* – передача реальних чи вигаданих даних;
- 3) *експресивні повідомлення* – викликають емоційні переживання;
- 4) *фатичні повідомлення* – встановлення та підтримка контакту [30, 208].

Узагальнюючи, можемо сказати, що «комунікація» – це процес двостороннього обміну інформацією, який веде до взаєморозуміння.

Професійна комунікація – це процес взаємодії спеціалістів з метою організації та оптимізації того чи іншого виду спеціалізованої діяльності в рамках конкретної професії [19, 18].

В даний час професійна комунікація інтенсивно досліджується фахівцями з різних галузей гуманітарних наук. Це стосується й медичної фахової комунікації, яке ще не знайшло належного наукового трактування, хоча мовне спілкування займає значну частину робочого часу лікаря і успіх лікування багато в чому залежить від якості спілкування.

Хаустова О.О. зазначає, що сучасні дослідження показали, що успішність лікувальної діяльності залежить від багатьох показників, наприклад від психологічно адекватного сприйняття та розуміння хворого лікарем. Медична діяльність має специфічний характер, оскільки в центрі уваги знаходиться людина, яка зазнає психічних і фізичних страждань через хворобу. Відповідно, необхідно враховувати особливу чутливість, вразливість і ослаблену психологічну стійкість пацієнта.

Встановлено, що лікувальна діяльність ґрунтується не тільки на знанні анатомо-фізіологічних властивостей людського організму, але й передбачає певний психологічний вплив на людину, заснований не стільки на заборонах і приписах, скільки на знанні закономірностей людського спілкування [29, 86].

Процес комунікації підкріплений потребами спільної діяльності людей, відбувається за схемою «суб'єкт-об'єкт». У медичній сфері існує ряд галузей, дії в яких визначають професіоналізм, наприклад, невідкладна допомога, хірургія, тощо. У цих випадках лікарі виконують діяльність, яку можна описати, оцінити та виміряти. Спеціальні контрольні служби можуть перевіряти відповідність дій медичного працівника стандартам і нормам професійної етики.

Процес діагностики та лікування розглядається як спільна діяльність лікаря та пацієнта. Ефективність комунікації, яка тісно пов'язана з професійною діяльністю лікаря, неминуче відбивається на результатах цієї діяльності. Мюнхенський невролог О. Бумке в 1925 р. стверджував, «...що невміла розмова лікаря з додаванням психоневрозу може призвести до

соматичного захворювання». У деонтологічній літературі неодноразово вказується, що лікар сам по собі є ефективніше ніж ліки [19, 20].

Спілкування між лікарем і пацієнтом можна розглядати як міжособистісна комунікація функціональної ролі, яка відбувається відповідно до культурно узгоджених норм і правил для виконання вимог цієї ролі. Формально рольова комунікація дозволяє лікарю залишатися в межах зовнішнього поведінкового впливу, керуватися вимогами, соціальними нормами і статусом і не вимагає глибокого взаєморозуміння. При цьому процес комунікації лікаря з пацієнтом передбачає неформальну міжособистісну комунікацію, метою якої є встановлення психологічного контакту та залучення лікаря до внутрішнього світу пацієнта, в даному випадку – до внутрішньої картини хвороби. Відчуження у стосунках між лікарем і пацієнтом [29, 90].

За моделлю Ю. Косенко, науковець поділяє комунікацію на такі складові:

- комунікація - це процес встановлення і підтримки контактів між представниками певної соціальної групи або суспільства в цілому, зумовлений ситуацією і соціально-психологічними особливостями комунікантів;

- комунікація - відбувається на основі духовного, професійного чи іншого єднання учасників;

- комунікація - відбувається у вигляді взаємопов'язаних інтелектуально-розумових і емоційно-довільних дій. Комунікація опосередковується мовою в часі та просторі, тобто у формі мовленнєвих актів, актів сприйняття, актів розуміння, які пов'язані з процесами збору фактів, їх зберігання, аналізу, обробки, оформлення, вираження і, якщо необхідно поширення, сприйняття та розуміння [15, 25].

У професійній діяльності лікаря мистецтво лікування полягає не тільки в наданні різноманітних лікувальних послуг, а й у безпосередній комунікації з пацієнтом.

Особливістю комунікації в процесі діяльності є створення можливості організації та координації діяльності окремих учасників. У комунікації збагачується діяльність, розвиваються і формуються нові зв'язки і відносини між людьми [15, 14].

Професійна комунікація лікаря – це унікальний, специфічний вид трудової діяльності, успішність якої багато в чому залежить від комунікативних навичок фахівця [19, 23].

Ефективна комунікація лікаря і пацієнта є однією з основ якісного лікування і вважається важливим навиком сучасної медицини. Така комунікація впливає на ефективність втручання, створює довіру та допомагає уникнути помилок. На думку вчених, методи, спрямовані на комунікацію в діаді лікар-пацієнт, дають змогу поставити діагноз, лише на основі анамнезу, приблизно в 80% усіх медичних випадків. Окрім збору необхідних даних, важливою сферою «медичної комунікації» є обговорення «складної інформації» та повідомлення негативних новин. Ефективна комунікація не тільки призводить до більшої задоволеності пацієнта процесом лікування та взаємодії з лікарем, але також може опосередковано покращити результати процедури та прискорити одужання [34, 235]

Лікар сер Вільям Ослер, член Лондонського королівського товариства з розвитку знань про природу, відомий словами: «Слухайте свого пацієнта, він повідомить вам діагноз» [46]. Комунікативні навички лікаря допомагають у постановці діагнозу («вдосконалення діагностичних навичок»): скорочення часу діагностики, здатність раніше зосередитися на проблемі; зменшення непотрібних, дорогих і часто інвазивних тестів [59].

Комунікативна компетентність лікаря - це вміння вільно і грамотно спілкуватися з кожним пацієнтом і завжди проявляти до нього серйозне ставлення. Для надання висококваліфікованої допомоги хворому лікар повинен вміти чітко формулювати питання і відповіді, природно і щиро поводитися в спілкуванні з хворим, гнучко змінювати стратегію і тактику



мовленнєвої поведінки, використовувати при необхідності різні методи психологічного впливу на співрозмовника [19, 24].

Комунікативна компетентність і культура соціальної поведінки лікаря є найважливішими показниками його професіоналізму. Знання норм поведінки з точки зору культури мовлення та етики спілкування допомагає лікарю створити в цілому комфортний стиль спілкування з пацієнтом і побудувати з ним довірливі стосунки від першого прийому до остаточних рекомендацій [19, 24].

Для успішної комунікації необхідно отримати інформацію про те, як пацієнт зрозумів лікаря, як сприймає його, як ставиться до своєї хвороби і які методи лікування пропонує лікар. Ефективна комунікація характеризується: досягненням взаєморозуміння, кращим розумінням ситуації та предмета спілкування (досягнення більшої визначеності розуміння сприяє вирішенню проблем пацієнта та забезпеченню досягнення мети – одужання пацієнта – при оптимальному використанні ресурсів) [10, 5].

Комунікативна практика лікаря не обмежується спілкуванням із пацієнтами; фахівцю в галузі медичної допомоги часто доводиться встановлювати контакти з колегами, медичним персоналом, від головного лікаря лікувального закладу до медсестер, з родичами пацієнтів.

Успішна професійна комунікація лікаря залежить від його інтеграції в існуючу систему професійних, ділових і соціальних відносин.

Кушнерьова А. М. зазначає, що у сфері медичної практики можна виділити п'ять типів відносин, в яких по-різному проявляється комунікативна компетентність лікаря:

- 1) відносини лікаря з пацієнтами;
- 2) з родичами хворих та їх оточенням;
- 3) з колегами;
- 4) з іншими вузькопрофільними фахівцями та представниками суміжних професій;

5) з адміністрацією та посадовими особами лікувального закладу, з представниками органів державної влади та громадських організацій [18, 27].

Барсукова М.І. та Кочеткова Т.Н. визначають, що традиційно професійна комунікація реалізується в трьох основних формах спілкування: монологічне, діалогічне і полілогічне. Основою монологічної форми є вираження особистості як суб'єкта. Досвідчений лікар повинен досконало володіти монологічною формою спілкування та демонструвати свої лінгвістичні навички на лекціях, консультаціях, майстер-класах, презентаціях, переговорах та ділових дискусіях. Проте, центральне місце в комунікативній практиці лікаря займає діалогічна форма спілкування. Тут демонструються мовні здібності спеціаліста та мистецтво його взаємодії з пацієнтом, що вимагає спільної активності учасників спілкування. Полілогічна форма спілкування в мовленнєвій практиці лікаря зустрічається порівняно рідко і, як правило, має характер своєрідної боротьби за оволодіння комунікативною ініціативою.

Загальна практика спілкування лікаря допускає використання різноманітних засобів спілкування (вербальних і невербальних), прийомів, технологій і форм впливу на оточуючих [2, 234].

До цих пір комунікація лікаря і пацієнта часто зводилося до сухого інформаційного обміну симптомами і рецептами. Сьогодні ситуація змінилася.

Американський біоетик Роберт Вітч виділяє кілька моделей комунікації між лікарем і пацієнтом:

- *технічну* - лікар виконує свої обов'язки професійно, але безпристрасно, сприймаючи пацієнта як механізм, який потребує ремонту;
- *сакральну* - лікар виконує роль «батька», а хворий як «дитина», повинен категорично виконувати вказівки батька і схилитися перед його мудрістю;
- *колегіальну* - пацієнт у центрі уваги, він і лікар стають як колеги в боротьбі з хворобою і грають активна роль у цій боротьбі;

- *договірна* - лікар укладає негласну або офіційну угоду про лікування, але рішення приймає лише обґрунтовуючи його перед пацієнтом [25].

Рогач І. М., Шніцер Р.І., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю. розглядають сім найпоширеніших причин поганої комунікації в діаді лікар-пацієнт, зокрема:

1. *Стереотипи* – це спрощені погляди на людину чи ситуацію, які не ведуть до об'єктивного аналізу та розуміння особи, ситуації чи проблеми. Стереотипи є як у пацієнтів, так і у лікарів. Найпоширенішими стереотипами пацієнтів є:

- уявлення про лікаря як про всемогутню людину, здатну зробити «чудо зцілення»;
- сприйняття лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта і втрутитися в його особисте життя;
- сприйняття лікаря як об'єкта, зобов'язаного надати допомогу без висловлювання власних думок і почуттів;
- сприйняття лікаря як бездушної істоти, яка прагне лише досягти власної вигоди тощо.

Лікарі зазвичай створюють такі стереотипи по відношенню до пацієнтів:

- пацієнт-симулятор, який намагається досягти вторинну вигоду;
- шахрайський пацієнт, який намагається приховати (перебільшити або применшити) симптоми захворювання;
- пацієнт нав'язує лікарю свою точку зору на захворювання, діагноз і методи лікування;
- пацієнт намагається отримати якомога більше уваги лікаря, підвищити власну самооцінку тощо.

Зрозуміло, що кожен з перерахованих (і багатьох інших) стереотипів не може сприяти ефективній комунікації, необхідної для успішного лікування. Тому лікар змушений не тільки намагатися зруйнувати стереотипи пацієнта, а й позбутися власних стереотипів щодо нього [10, 6].

2. *Упереджене ставлення* – схильність нехтувати всім, що суперечить власним поглядам, усьому незвичайному, новому. Люди завжди вірять у те, у що хочуть вірити, рідко усвідомлюючи, що інша людина також має причини і право тлумачити події та судження. Це застереження зазвичай проявляється у пацієнтів, які не погоджуються з діагнозом лікаря та методами лікування, якщо вони впевнені, що інший діагноз правильний або, що, інші методи лікування підходять. У цьому випадку лікар повинен шляхом раціонального переконання і врахування думки визнаних авторитетів і своїх колег переконати пацієнта в неправильності його розуміння хвороби. Якщо у пацієнта виявлено таке упередження до лікаря, доцільно звернутися до іншого фахівця та пройти медичну консультацію для з'ясування реального стану здоров'я пацієнта [10, 6].

3. *Вороже ставлення до людей (або конкретної людини)*. Якщо пацієнт вороже ставиться до того чи іншого лікаря, лікар повинен спробувати це з'ясувати, по можливості спростувати або запропонувати змінити лікаря. Коли спостерігається вороже ставлення у лікаря, така ситуація є сигналом того, що у лікаря є невирішені психологічні проблеми, які ускладнюють його професійну діяльність. Індивідуальна або групова психотерапія може допомогти лікарю визначити причину ворожості та знайти шляхи їх подолання. При ворожому ставленні до всіх людей в першу чергу слід провести психіатричне обстеження пацієнта, якщо немає психічних розладів, рекомендується проведення тривалої психотерапії, включаючи психоаналіз, когнітивну поведінкову терапію та гештальттерапію [10, 6-7].

4. *Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника*. У спілкуванні лікаря і пацієнта інтерес часто виникає лише тоді, коли усвідомлюється важливість отриманої інформації, тобто за допомогою цієї інформації можна досягти бажаного результату або запобігти небажаному. У лікарів відсутність інтересу часто пов'язують із синдромом хронічної втоми, великими навантаженнями та рутинною роботою, вигоранням. У цьому випадку лікар не виявляє інтересу до висловлювань пацієнта, поки не отримає несподівану,

неочікувану або парадоксальну інформацію, яка може докорінно змінити діагноз пацієнта або істотно вплинути на його лікування. Пацієнти зазвичай уважні при спілкуванні з лікарем, але значна частина з них схильна втрачати інтерес до рекомендацій лікаря в період одужання, що може призвести до подальших ускладнень перебігу захворювання. Завдання лікаря - донести як до пацієнта, так і до його близьких те, що необхідно для збереження або поліпшення прийняттого рівня здоров'я [10, 7].

5. *Нехтування фактами*, тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації. Успішні лікарі ніколи не роблять категоричних висновків про діагноз пацієнта без достатніх доказів і під час лікування проводять необхідні додаткові методи дослідження, щоб підтвердити або спростувати діагноз. Постановка діагнозу «з першого погляду» зазвичай свідчить про непрофесіоналізм лікаря і часто зустрічається у молодих лікарів. Винятком є кілька нозологій, клінічна картина яких містить патогномонічні симптоми. Однак, авторитетний лікар завжди проводить додаткові обстеження, які підтверджують правильність його діагнозу і допомагають визначити причини захворювання. Пацієнти по-різному ставляться до такої «експрес діагностики». Якщо лікар користується безумовною довірою пацієнта, діагноз сприймається позитивно і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Але якщо у пацієнта немає довіри до професіоналізму лікаря, такий діагноз викликає обурення і відторгнення пацієнта, породжує конфлікт і змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря [10, 7-8].

6. *Помилки в побудові висловлювань*: неправильний вибір слів, складність повідомлення, нелогічність, недостатня переконливість або зазвичай стають причинами поганої комунікації та непорозуміння між лікарем і пацієнтом. Лікар повинен уміти правильно оцінити загальний культурно-освічений рівень свого пацієнта і пояснити йому суть висловлювань в зрозумілій, доступній формі, не вживаючи спеціальних термінів, а говорити простими реченнями, з яких можна вивести причину. Та

легко визначити розуміння взаємозв'язків і фокусів. Проблема в медичній практиці з можливістю чіткої передачі інформації існує, звичайно, в усіх країнах, але в Україні є певні особливості. З одного боку, це пов'язано з неадекватним словниковим запасом багатьох лікарів, в якому немає слів-відповідей на зрозумілі нелікарям медичні терміни. Крім того, підготовка лікарів в Україні не висуває високих і жорстких вимог до знань основ психології та педагогіки, логіки та філософії. Суттєвого уточнення потребує і питання мови в спілкуванні з хворими. Зрозуміло, що хвора людина повинна вільно висловлювати свої скарги, думки і побажання рідною мовою, не докладаючи додаткових зусиль, намагаючись зрозуміти певні медичні терміни, вплетені в чужу мову, подумки перекладати все на рідну мову і вгадати значення незрозумілих слів. Під час лікування за кордоном в клініці завжди присутній перекладач для підтримки спілкування в іншомовному середовищі. В Україні лікарів не зобов'язують спілкуватися з пацієнтами їх рідною мовою. Все це призводить до нерозуміння пацієнтом суті висловлювань лікаря, що суттєво впливає на їх взаємодію [10, 8].

*7. Неправильний вибір стратегії і тактики* при спілкуванні з пацієнтом може мати місце, коли лікар неправильно оцінює психічний стан пацієнта і намагається побудувати спілкування на основі неадекватних стратегій. Нездатність визначити настрій пацієнта, його психологічні особливості, тривожність, агресивність і репресивність призводить до серйозних психологічних проблем у пацієнта або сприяє виникненню чи прояву психічного розладу, що може лише знизити ефективність його лікування [10, 9].

Спираючись на морально – етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики, можна визначити, що при виборі стратегій комунікації з пацієнтом лікар виходить з оцінки користі, яку кожна з цих стратегій може надати на певному етапі лікування, тут можна виокремити відкриту, закриту, напівзакриту комунікацію та формальну, примітивну комунікацію [26, 22-23]:

- *відкрита комунікація* - включає бажання та вміння повноцінно висловлювати свою точку зору та готовність враховувати позицію пацієнта, дає можливість отримати всю необхідну інформацію, але вимагає значних витрат часу. У зв'язку з цим така стратегія більш прийнятна для спілкування з пацієнтами в терапевтичних відділеннях.

- *закрита комунікація* - лікарі часто використовують такий вид комунікації, особливо коли є значні розбіжності в ступені предметної компетентності пацієнта, оскільки вважають безглуздим витрачати час і зусилля на підвищення компетентності пацієнта. Цю стратегію часто обирають лікарі, які не можуть чітко висловити свою точку зору та наявну інформацію. Як правило, це пов'язано з низьким професіоналізмом або значним «синдромом вигорання» з боку лікаря.

- *напівзакрита комунікація* - однобічні запитання, при яких лікар намагається отримати від пацієнта всю необхідну йому інформацію, не розкриваючи своєї точки зору на суть проблеми пацієнта. Саме цей вид комунікації переважає в медичному спілкуванні. Для виконання своїх професійних обов'язків лікарям потрібні лише ті дані пацієнтів, які безпосередньо стосуються причини візиту. При цьому лікарі уникають лікування проблем, пов'язаних з порушенням роботи інших органів і систем пацієнта, а особливо його психологічних проблем. Такий тип комунікації може мати короткостроковий позитивний ефект під час безпосереднього лікування ураженого органу пацієнта, але не створює у пацієнта відчуття «одужання», яке, крім подолання фізіологічних проблем, неминуче включає: налагодження психічного стану.

- *формальна комунікація* – так звана «контакт-маска», коли лікар не намагається зрозуміти та врахувати особливості особистості пацієнта, а використовує звичні маски: ввічливості, скромності, співчуття – набір міміки, жестів та стандартних фраз, що дозволяють йому, приховувати свої справжні почуття, своє ставлення до хворого (як правило, байдужість).

- *примітивна комунікація* - коли пацієнта оцінюють лише як об'єкт, потрібний для професійної діяльності: коли він потрібен, то з ним активно вступають у контакт, коли він не потрібен, то втрачають до нього подальший інтерес і відкрито ним нехтують.

Перелічені види комунікації не тільки не мають значного терапевтичного ефекту, ускладнюють діагностику та лікування хворого, а й справляють значний негативний вплив на самого лікаря. Вони сприяють професійній деформації лікаря, виникненню «синдрому емоційного вигорання» - а потім призводять до зниження самооцінки, депресії і пригніченості у лікаря [26, 22-23].

Роберт Вітч виділяє чотири, так звані «кити» успішної комунікації в діаді «лікар-пацієнт» — підтримка, повага, розуміння та співчуття. Без них неможливі добрі стосунки між людьми і особливо в терапевтичному процесі.

- *підтримка* - важливо, щоб пацієнт відчував підтримку лікаря, турботу і бажання допомогти. Підтримка не тільки лікаря, а й родини, друзів і колег дає пацієнту відчуття надійної підтримки за спиною та бажання брати активну участь у одужанні.

- *повага* - кожна людина унікальна, і повага до цієї унікальності та особистості пацієнта стає запорукою успішної комунікації та лікування. Також слід пам'ятати про повагу до почуттів пацієнта. Фраза лікаря: «Та чого ви тут хвилювалися, реальних проблем ви ще не бачили» - може збити бажання спілкуватися з лікарем або взагалі відмовитися від лікування. І, на жаль, такі історії в групах пацієнтів не рідкість.

- *розуміння* - виражається активним інтересом до розповіді хворого. Уважний погляд, уточнюючі формулювання і навіть просте «Я вас розумію» значно полегшують спілкування, сприяють щирості, довірі і, зрештою, гарному результату лікування. Пацієнта треба не тільки вислухати, а й почути. До речі, агресивна поведінка пацієнтів часто ґрунтується на переконанні, що вони не хочуть бути почутими, а лікарі взагалі байдужі до



їхніх проблем. В цьому випадку спокійна, доброзичлива розмова допоможе погасити полум'я конфлікту.

- *співчуття* - вміння поставити себе на місце пацієнта, подивитися на світ його очима, відчутти його страх і надію. Все це виражається в емпатії. Вислухати, покласти руку на плече або побути поряд кілька хвилин — ці прості дії можуть допомогти побудувати глибокі довірливі стосунки з пацієнтом [25].

Комунікація між лікарем і пацієнтом передбачає процес взаємного сприйняття і пізнання. Однією з форм пізнання є емпатія - здатність емоційно сприймати хворого, проникати в його внутрішній світ, беззастережно і неосудно приймати всі почуття, думки і дії. Здатність до емоційної рефлексії залежить від лікаря. Деякі при комунікації з хворим не виявляють інтересу до його душевного стану, переживань і намірів; інші помічають певні ознаки психологічних проблем у пацієнта, і лише чуйні лікарі виявляють здатність негайно поставити себе на місце пацієнта не просто спорадично, а протягом усього процесу взаємодії. Логічна форма пізнання особистісних властивостей себе та інших людей - рефлексія - характеризується схильністю до викривленого розуміння властивостей інших людей на основі стереотипізації, коли за однією-двома рисами людину відносять до певного стереотипу, приписують характеристики і ряд властивостей, властивих цьому стереотипу. Такі стереотипи шкодять створенню ефективної взаємодії лікаря та пацієнта. Будь-яка стереотипність пацієнта обмежує здатність лікаря зрозуміти його переживання та психологічні особливості, які часто служать пусковими механізмами для розвитку захворювань.

Настрій лікаря також впливає на сприйняття пацієнта. Коли він похмурий, у першому враженні пацієнта переважають негативні почуття, і запам'ятовується лише половина інформації, ніж коли він веселий. Тому, щоб перше враження пацієнта було більш повним і точним, важливий позитивний настрій [26, 25]

Успішна професійна комунікація в діаді лікар-пацієнт часто ґрунтується на:

- *міжособистісній атракції* – взаємній симпатії, потягу між людьми, переваги одних перед іншими. Коли мова йде про спілкування між лікарем і пацієнтом, міжособистісна привабливість пацієнта є першочерговою, і сам лікар через свої професійні потреби часто змушений використовувати певні внутрішні та зовнішні процеси, які сприяють цьому;

- серед *зовнішніх факторів атракції* - найважливішими є: потреба пацієнта в афіліації та емоційний стан партнерів. Фізична привабливість лікаря, його стиль спілкування, схожість лікаря і пацієнта, а також сприйняття особисто зацікавленого і підтримуючого ставлення лікаря до пацієнта є основними внутрішніми факторами, що призводять до виникнення атракції [10, 13].

Є кілька ефективних засобів, які допоможуть сприяти успішній комунікації в діаді лікар-пацієнт:

- 1) звертатися на ім'я та по-батькові;
- 2) привітна посмішка;
- 3) міміка і жести, що демонструють зацікавленість і доброзичливість;
- 4) підбадьорюючі та заохочувальні фрази;
- 5) уважне вислуховування пацієнта;
- 6) тактовність;
- 7) проста мова, зрозуміла пацієнту.

З кожним роком все більше лікарів визнають необхідність набуття навичок ефективної комунікації з пацієнтами. Цьому сприяють медичні реформи, розвиток приватної медицини та зростання конкуренції.

## **1.2. Особливості встановлення міжособистісного контакту в діаді лікар-пацієнт**

Проблема взаємовідносин лікаря і пацієнта стара як світ.

З початку створення основ медицини неодноразово робилися спроби систематизувати етичні основи медичної практики. Перші моральні правила для лікарів індійські історики медицини пов'язують з ім'ям індійського лікаря Чараки (бл. 1000-800 рр. до н. е.). Теоретичні основи етичних норм для медичного персоналу вперше були викладені в *Corpus Hippocraticum* представником асклепідського медичного факультету на острові Кос, давньогрецьким лікарем Гіппократом (460-377 рр. до н. е.). Цей трактат дійшов до наших днів і є актуальним для сучасного суспільства, оскільки він є основою медичної етики. Гіппократ першим переконливо довів необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта, що дозволяє вважати його основоположником основ індивідуалізації в медицині [55].

Здоров'я – це категорія, яка завжди була найважливішою з усіх цінностей. Тому, завжди були великі вимоги до лікування та людини, яка організовує та веде лікувальний процес. Традиційно головну роль у лікуванні відігравали лікарі. Ці традиції походять з часів жерців-цілителів стародавності і на зміну їм прийшла відкритість сучасного лікаря у формі сценічного розуміння, інтерпретації та практичного розуміння життя. Якщо раніше в діаді «лікар-пацієнт» провідна роль належала лікарю, який збирав анамнез захворювання, опитував хворого або оглядав і вивчав його, а пацієнт лише відповідав на запитання, то в наш час це ініціатива переходить до пацієнта. Тому відносини лікар-пацієнт вимагають глибокої перебудови сприйняття лікаря своїм пацієнтом. Справжня медицина, яка, безсумнівно, може похвалитися вражаючими успіхами, пропонує широкий спектр лікувальних тактик і відсутність стандартного засобу, який радикально вирішує проблему. Це викликає нервозність пацієнта як особистості, у нього з'являється побоювання, страх, занепокоєння, розгубленість, невизначеність і

невпевненість. У цій ситуації велике значення набуває психологічна взаємодія в діаді «лікар-пацієнт» [6, 80].

Лікар не повинен забувати, що кожна людина має свої унікальні особливості фізичного, фізіологічного та психічного здоров'я. Без індивідуального підходу неможливе правильне виявлення захворювання та його ефективне лікування. На прояви захворювання впливають різноманітні етіологічні чинники, особливості його розвитку тощо, але цілісну картину захворювання створює хворий своїми індивідуальними соматичними та психічними особливостями, що потребує індивідуального спостереження. Поєднання нозологічності та синдромності вводить нас у таємний світ медичного мистецтва, яке прагне відновити гармонію, порушену хворобою [47].

Високий професіоналізм лікаря полягає в умінні індивідуалізувати та варіювати методи свого впливу на психіку пацієнта. Досвідчений фахівець викладає свої думки так, щоб вони були доступними і не викликали страху. Він вміє не підірвати впевненість пацієнта в собі і не позбавити його надії на успішне лікування. Протягом всієї історії медицини довіра була і залишається основою стосунків між лікарем і пацієнтом [1].

Лікування, як писав Карл Ясперс, базується на двох основах - природних знаннях, їх практичному застосуванні та етиці людства.

Основою лікувального процесу є довіра між пацієнтом і лікарем. Підвищення довіри пацієнта до лікаря та його задоволеності якістю медичної допомоги можливе лише шляхом підвищення професійних знань, практичних умінь і навичок не лише в медичній галузі, а й на психологічному рівні. Це стосується сфери міжособистісної комунікації в діаді лікар-пацієнт. Довірча атмосфера створює більш щирі та стабільні стосунки між пацієнтом і лікарем [6, 80].

Однак, слід пам'ятати, що пацієнти істотно відрізняються за своїми особливостями особистості характеру, тому буває дуже важко втілити в життя заповіді Гіппократа: «Лікуйте хворого, любіть його, як свого рідного, але не дайте йому дізнатися, що йому загрожує».

Свінціцький А.С. зазначає, що моральна сила лікаря, який вселяє у пацієнта впевненість у собі, полягає насамперед у професійній впевненості й оптимізмі, що базується на знаннях і досвіді. Основою цієї довіри є тверда віра в силу наукової медицини, у невичерпні можливості втілення її досягнень у життя. Професійна довіра – це позитивна якість лікаря, яка підвищує його авторитет в очах хворої людини і тим самим зміцнює довіру до нього [27, 61].

За словами Папи Римського Іоанна Павла II (1920-2005), лікар, як слуга людського життя, займає особливе становище в суспільстві, оскільки є «перший серед рівних» (*primus inter pares*) [51].

У 1948 році була прийнята Женевська декларація як кодекс моральних принципів медичної практики (з доповненнями в 1968 і 1983 роках). У певному сенсі це сучасна версія клятви Гіппократа, яка вимагає від лікаря присвятити своє життя служінню людям, зробивши здоров'я пацієнта своєю першочерговою турботою, не дозволяючи упередженню заважати виконанню своїх обов'язків перед лікарем. терплячий вплив терпіння як найвища повага. для людського життя від його початку [51].

Проте тривалий час у вітчизняній медицині не існувало жодного документа, який би викладав морально-етичні принципи лікарської діяльності, хоча основи моральних правил, так звана «експресія», якими керувалися нащадки Асклепія при виконанні своїх професійних обов'язків, існували вже в давнину.

В «Етичному кодексу лікаря України» визначається термін «етика» (від грец. *ethos* – звичай, природа, характер) вперше був використаний Аристотелем (384-322 рр. до н. е.), під яким він розумів філософію моральної поведінки лікарів [11].

Медична етика сьогодні має справу з сукупністю моральних факторів і правил поведінки, якими керується медичний персонал у всіх сферах діяльності і спрямована на задоволення потреб суспільства і кожної людини в збереженні і зміцненні здоров'я, а також в профілактиці і лікуванні хвороб.

Терміни «лікарська етика» та «лікарська деонтологія» часто неправильно використовуються як синоніми. Термін «деонтологія» походить від грец. *deontos* – «належне» і *logos* – «вчення». Лікарська деонтологія – наука про моральний обов'язок людини, відданої благородній справі – безкорисливій турботі про здоров'я людей, має великий гуманістичний зміст, наповнена вчинками найвищої гуманності [27, 62].

Біль, безпорадність, самотність і страх – стани, нерозривно пов'язані з хворобою. Тому такі якості, як солідарність, доброзичливість, бажання допомогти, але й бажання розрадити мають стати невід'ємними характеристиками роботи лікаря. Вони можуть подолати почуття страху і недовіри, пов'язані з конкретною ситуацією, що депресивно впливає на пацієнта, який хоче бачити в лікарі не тільки ідеального фахівця, а й просто «добру людину», яка здатна зрозуміти свого пацієнта, який перебуває в стані страждань і страху, надій і мрій [43]. Усе це свідчить про високі моральні вимоги до сучасного лікаря. Відомий польський лікар і філософ Владислав Беганський писав: «Якби медицина не мала ефективних засобів у боротьбі з хворобою, то в цьому великому людському нещасті лікарі були б потрібні як утішники в хворобі; якщо ви не хороша людина, ви не будете хорошим лікарем» [36].

У зв'язку зі зростанням запитів суспільства на необхідність створення морально-етичних основ діяльності лікаря 27-29 вересня 2009 р. в м. Євпаторія відбулися Всеукраїнський з'їзд медичних організацій і X з'їзд Українського лікарського товариство, де було обговорено та підписано остаточний варіант Етичного кодексу лікаря України. Від Національного медичного університету імені А.А. Богомольця цей документ підписав

проректор з науково-педагогічної, лікувальної роботи та післядипломної освіти, професор А.С. Свінцицького [27, 62].

Відповідно до Етичного кодексу лікаря України, лікар зобов'язаний приділяти пацієнту стільки часу та уваги, скільки необхідно для встановлення точного діагнозу, надання повного обсягу медичної допомоги та складання призначень та рекомендацій щодо подальшого лікування [11].

Співпраця, емпатія, довіра, повага, доброзичливість і співчуття є важливими складовими у відносинах між лікарем і пацієнтом. Це ключ до побудови хороших стосунків між лікарем і пацієнтом.

Двостороння комунікація призводить до кращих результатів, оскільки більшість пацієнтів хочуть брати участь у процесі лікування. Це також покладає на пацієнтів відповідальність за впровадження та підвищує ймовірність того, що вони будуть дотримуватися лікуванню. Важливою складовою міжособистісної комунікації є зв'язок між лікарем і сім'єю пацієнта, оскільки члени сім'ї, друзі та інші авторитетні особи можуть впливати на поведінку пацієнта щодо свого здоров'я, його стійкість до хвороби і дотримання курсу лікування [6, 81].

Ю. М. Степанов зазначає, що складовими успішного лікувального процесу є:

- 1) конфіденційність,
- 2) достатній час для спілкування,
- 3) доброзичливість,
- 4) доступність інформації,
- 5) навички встановлення контакту між пацієнтом і лікарем;
- 6) проведення бесіди з пацієнтом.

Важливим етапом психологічної взаємодії між лікарем і пацієнтом є первинна консультація. Її мета - встановити психологічний контакт, завоювати довіру пацієнта і вселити в нього впевненість, що лікар серйозно прагне розібратися в причинах хворобливих відчуттів і допомогти пацієнту позбутися від них [6, 81].

Є хворі, які не піклуються про власне здоров'я, недооцінюють тяжкість захворювання або намагаються «сховатися» від нього, так званий «феномен страуса». Цих пацієнтів необхідно поінформувати про шкідливість такого ставлення до свого здоров'я та переконати в необхідності дотримання рекомендацій лікаря [27, 63].

Пелешук А.П. зауважує, що проведення бесіди з пацієнтом - це мистецтво, досконале володіння яким вимагає багаторічного досвіду, високої професійної підготовки, а також уміння проникнути в психічний стан хворого і оцінити характер його вищої нервової діяльності. З деякими пацієнтами слід розмовляти співчутливим тоном, а з іншими – емоційно нейтральним або навіть наказовим тоном [22].

Комунікаційна культура, манера поведінки лікаря і техніка його обстеження не повинні викликати негативної реакції у пацієнта. Контакт між лікарем і пацієнтом може викликати страх або нервозність у пацієнта. Тому в розмові лікарю слід уникати незрозумілих для пацієнта термінів і виразів, які можуть викликати страх, сумнів або тривогу. Особливо, це актуально при призначенні інвазивного обстеження або виборі певних методів лікування.

Один із засновників Київської терапевтичної школи на Першому українському з'їзді терапевтів (1926) Ф.Г Яновський проголосив основні принципи розмови лікаря з хворим [27, 63].:

1. Створюючи атмосферу довіри між лікарем і пацієнтом, отримана інформація стає важливою основою для подальшого об'єктивного обстеження пацієнта.

2. Надати пацієнту можливість самому розповісти про хворобу, однак інформація може бути неповною, оскільки дуже часто пацієнти не можуть критично оцінити свій стан, іноді не вміють або не хочуть розповідати про себе, тому лікар має слухати не просто пасивно слухати пацієнта, а й ставити додаткові запитання та спокійно контролювати процес спілкування.



3. Розмова хворого повинна вестися спокійно і доброзичливо; зрозуміло і легко поставити питання, враховуючи фізичний стан пацієнта, особливості його психіки та інтелектуальний рівень.

4. Як ближче до хворої людини! [27, 63].

Серед багатьох моделей відносин між лікарем і пацієнтом найважливішими є патерналістські та партнерські стосунки [21, 6].

Схема міжособистісного контакту була розроблена низкою психологів у 1950-х роках. 20 століття. Спочатку було виділено 4 фази міжособистісного контакту, які являють собою своєрідний алгоритм спілкування майже кожної людини. Потім ця схема була доповнена двома наступними етапами. Отже, розглянемо кожен етап більш ґрунтовно [12, 9-12].:

*Фаза первинного сприйняття людини людиною.*

Партнера оцінюють на основі багатьох компонентів, насамперед «подобається» чи «не подобається». Ми приписуємо незнайомій людині позитивні характеристики та мотиви поведінки, яка інтуїтивно викликає у нас співчуття, і навпаки, вважаємо людину, яка нам не подобається, гіршою, ніж вона є насправді. Крім того, в дію вступає «принцип новизни». Якщо людина нам подобається в перші 2-3 хвилини розмови, ми деякий час не помічаємо її негативних якостей і навпаки, якщо вона нам не подобається, ми не помічаємо її досягнень. Інший принцип полягає в наявності схожості з іншою людиною, яку ми знаємо. Здається, що людина, з якою ми щойно познайомилися, зовні схожа на нашого друга - коли ми переносимо позитивні якості схожого на незнайомого, ми підсвідомо відчуваємо до нього співчуття. І навпаки: якщо нова людина чимось схожа на нашого кривдника, ставимося до неї обережно.

*Друга фаза «конвергенції» (зближення).*

Проявляється в проясненні і корекції першого враження. Проводиться порівняння первинних емоційних оцінок співрозмовника з його поведінкою в

розмові. Виникає інша проблема: «Хто відповідає за розмову?» Варіантів може бути кілька:

- 1) домінує співрозмовник (наприклад, при спілкуванні з лікарями);
- 2) партнери мають рівні права у спілкуванні, немає правил, команд чи заборон, співрозмовники лише обмінюються інформацією;
- 3) один із партнерів уникає комунікації, ніби «тікає» від нього, хоча втеча не фізична; людина може залишитися зі своїм співрозмовником, але піти зі сльозами, сміхом або гнівом.

На етапі зближення співрозмовники «підлаштовуються», але бувають випадки, коли перше враження домінує, нехай і помилкове.

#### *Третя фаза перевірка психологічної сумісності*

На третій фазі визначаються особливості взаємодії партнерів по комунікації - перевіряється психологічна сумісність. Результатом фази є виконання певних ролей у спілкуванні та визначення статусу кожного з партнерів. Це логічне продовження другої фази, тобто співрозмовники з'ясовують свої перші враження і визначають, хто домінує в цьому спілкуванні. Коли очікування не збігаються з реальністю, виникають серйозні проблеми.

*Четверта фаза контакту*, в якій формується «відчуття спільності – Ми». Тобто на кілька хвилин виникає реальне (або ілюзорне) емоційне відчуття.

Отже, на четвертій фазі контакту виникає відчуття, яке найкраще можна виразити словами героя відомого фільму: «Ми з тобою робимо одну й ту справу! Ти по-твоєму, а я по-своєму!». Результатом цієї фази зазвичай є зменшення критики висловлювань одного з партнерів та більша довіра до нього (часто помилково, коли людина пізніше розуміє, що було присутнє маніпулювання у її ж власних цілях).

*П'ята фаза контакту - оцінка досягнутих результатів.* Використовується в кінці розмови, коли людина задає собі питання: «Чи досяг я мети, яку поставив перед собою на початку розмови?».

*Шоста фаза контакту - вихід.* Вже в кінці розмови важливо роз'єднати почуття «ми» (сформоване в четвертій фазі контакту). Людина починає аналізувати, позитивні за формою і нейтральні за змістом результати. «Чому мені подобається з ним спілкуватися, тобто «людина залишає двері контакту відкритими» і може повернутися в будь-який момент для продовження розмови [12, 9-12].

Комунікація між лікарем і пацієнтом має бути ефективною, оскільки для подолання хвороби необхідна постійна міжособистісна взаємодія. А це вимагає взаєморозуміння, узгодження намірів та інтересів пацієнта та лікаря. Взаємне вміння і бажання розібратися в ситуації і узгодити з нею прояв власних емоцій і поведінки є необхідною умовою створення мікроклімату, сприятливого як для одужання пацієнта, так і для роботи лікаря. Оскільки лікар повинен займати лідируючу роль у роботі з пацієнтом і впливати на нього, йому необхідні такі якості: впевненість у собі, витримка, комунікабельність, орієнтація на успіх, здатність до саморегуляції, працездатність, соціальний інтелект.

Дотримання моральних норм і правил від Гіппократа до наших днів сприяє налагодженню конструктивної комунікації між лікарем і пацієнтом, що має вирішальне значення для ефективності лікування.

Сучасні професійні джерела свідчать, що ефективне встановлення міжособистісного контакту в діаді лікар-пацієнт і доброзичливе спілкування сприяють кращому сприйняттю медичної допомоги та більшій задоволеності пацієнтів, що призводить до довгострокових відносин.

## РОЗДІЛ 2.

### ДОВІРА, ЯК ЧИННИК ЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

#### 2.1. Проблеми довіри в діаді лікар-пацієнт

Комунікація в діаді лікар-пацієнт має бути активно зворотною, здійснюватися за допомогою різноманітних вербальних і невербальних засобів спілкування та містити механізми рефлексії, тобто, бути довірливими, адже довіра до лікаря є тим фактором, який визначає рівень психологічного благополуччя пацієнта та його готовність виконувати всі настанови лікаря та всіляко сприяти власному одужанню. Тактична мета міжособистісного довірчого спілкування - встановлення психологічного контакту, оптимальної психологічної дистанції, що забезпечує психологічне розвантаження пацієнта, покращує зворотний зв'язок у процесі самопізнання та забезпечує психологічний підхід до лікаря, тим самим формуючи довіру до нього [26, 26].

Щира довіра до лікаря вимагає точної оцінки його здібностей, намірів, компетенції та особистості. Вона принципово відрізняється від довірливості та псевдодовіри. Успішність довірчого спілкування лікаря і пацієнта можна розглядати як певний результат зусиль щодо подолання труднощів і психологічних бар'єрів, як результат накопичення позитивного досвіду взаємодії, шляху до згоди, емоційно-психологічного резонансу, який відчуває і переживає пацієнт [26, 27].

Важливим аспектом у контексті проблеми є збереження довіри. Довіра є центральним фактором у стосунках між постачальником послуг і одержувачем послуг; У медичній сфері це особливо важливо, оскільки встановлює взаємодію між лікарем і пацієнтом. У минулому стосункам між лікарем і пацієнтом приділялося мало уваги, і важливість цієї теми не

визнавалася, особливо тими, хто приймає рішення в галузі охорони здоров'я [40].

Феномен довіри є предметом міждисциплінарних досліджень. У філософії довіра вивчається переважно як етична категорія. Відповідно до філософської традиції, довіра вважається поняттям, яке виражає ставлення однієї людини до іншої і виникає з переконання в її цілісності, вірності, відповідальності, чесності та правдивості [4, 15].

У соціологічних дослідженнях останнім часом набув поширення аналіз соціальної довіри, що визначається як сукупність соціальних мереж, норм і правил, які створюють умови для координації та співпраці для досягнення взаємної згоди. Крім того, П. Штомпка, характеризуючи довіру, звертає увагу на її ідентифікацію в таких феноменах [56]:

- *«екстерналізація»* довіри - об'єктом довіри стають її «зовнішні» прояви, такі як технології, спеціальності, тощо;

- *«інтернаціоналізація»* - характеризує процес і означає приписування позитивних характеристик, які лише надають високого рівня довіри «своїм» (соціально близьким) об'єктам.

Аналіз психологічної літератури показує, що довіра як багатовимірний феномен широко досліджується. Вітчизняні та зарубіжні автори розглядають довіру як умову існування будь-якого іншого явища: це довіра до світу; довіра до іншого; у руслі проблеми особистісної амбівалентності сімейних ролей; віковому аспекті; аспект психічного здоров'я; соціальних установках особистості; як концепцію автономізації-соціалізації власного «Я» особистості; як складової особистісної ідентичності. Міжособистісна довіра також є предметом наукового інтересу.

Довіру розглядають такі вчені, як: І. Кон, А.А. Кронік, Е.А. Кронік, М. Доїче, К. Роджерс, Дж. Роттер, Т. Ямагіші, А. Менегеті, Ф. Перлз, Т. Парсонс, Дж. Хоманс, Т. Титаренко та ін.

Багато вчених аналізують довіру як схильність до навіювання щось іншій людині і бути залежним від неї. При дослідженні закономірностей соціально-психологічного навіювання емпірично була виділена особлива форма психологічного захисту, спрямована проти небажаних для особистості переконань - контрсугестіям (недовіри). Було виявлено, що людина є контрсугестивною, особливо до тих пропозицій, які не узгоджуються з її поглядами та переконаннями. З розвитком особистості контрсугестивність диференціюється на два полюси: перший – по відношенню до особи, що впливає; другий – щодо інформації, яка міститься в повідомленні. Тобто довіра до людини як особистості породжує довіру до того, що вона говорить (навіть безпідставно). Отже, схожість чи відмінність ціннісних орієнтацій є однією з умов виникнення довіри чи недовіри [5, 19].

Кравець Н. М. аналізуючи основні напрямки вивчення довіри як соціально-психологічного феномена в історичному огляді розглядає дослідження Б. Поршнева. Він був першим вченим, який проаналізував функцію виконання базової довіри в психологічних стосунках між людьми. Основна ідея полягає в тому, що вся інформація між людьми проходить через спеціальний фільтр довіри та недовіри. Довіра служить «шлюзом» у спілкуванні людей. Повна довіра тотожна приналежності суб'єктів довіри до «ми», тобто «до чистої і цілісної соціально-психологічної спільноти, не ускладненої накладаннями з іншими спільнотами, а побудованої лише протиставленням «ми» [16, 57]. Тому, довіра трактується, як елементарний психологічний зв'язок між людьми і розглядається як перша і важлива складова виникнення та існування соціально-психологічної спільноти «Ми».

Б. Поршнев вважає, що в процесі розвитку людство, виходячи зі свого історичного досвіду, відмовилося від повної довіри більшості людей, крім когось одного. Це створює у свідомості людей диференціацію між середовищем авторитарних і неавторитарних людей. Недовіра діє як психологічний захист індивіда від необмеженого впливу навіювання. Б. Поршнев пише: «У більш загальному вигляді недовіру... можна звести до

страху, що воно якимось чином нав'язано кимось іншим і тому його вплив потребує перевірки, порівняння з іншим, іншими словами, походженням. Недовіра — це збіг двох пропозицій і можливість відхилення однієї з них» [16, 58]. Так, автор зазначає, що довіра і недовіра існують в єдності, і якщо довіра виконує функцію команди, то недовіра є захисним механізмом людської психіки.

В. Вічев досліджуючи ідеї Б. Поршнева розглядає довіру та недовіру як особливості соціально-психологічної взаємодії людей у процесі комунікації. Він, як і Б. Поршнев, пише про наявність у свідомості людей поділу оточуючих людей на «ми» і «вони». Все позитивне у стосунках між людьми асоціюється з «ми», все негативне — з «вони». Для того, щоб між людьми виникло спільне почуття «ми», необхідний певний рівень довіри, заснований на взаєморозумінні та уявленні про іншого, яке формується в процесі взаємодії з нею. Отже, довіра є найважливішою початковою умовою виникнення та існування команди, її системоутворюючим фактором. Довіра як позитивне прийняття, взаєморозуміння та взаємопізнання людей є однією з найважливіших моральних потреб особистості, яка реалізується у феномені «Ми» через протиставлення «Вони». У результаті разом з недовірою розвивається довіра. Соціально-психологічна опозиція «ми» і «вони» проникає в глибину індивідуальної психіки людини і стає її сутністю [16, 60]. Те, як люди жили тисячоліттями, відобразилося на структурі колективної підсвідомості, в якій довіра була закріплена як архетип, компонент, який переживається на особистому рівні як базове ставлення довіри до світу та інших.

Б. Поршнев називає довірою початкові психологічні стосунки між людьми, трактує і вказує на довіру як на метавідносини «стосунки формуються як узагальнення досвіду взаємодії, але з моменту їх формування починають відігравати роль визначального чинника поведінки, діяльності та інших стосунків» [16, 61].

Василець Н. М. зазначає, що важливим аспектом розуміння психології довіри є її соціальні межі, які можна описати по горизонталі в континуумі «довіра-недовіра», а з вертикальної точки зору в межах соціальної ієрархії, ми можемо говорити про різні рівні довіри на різних рівнях суспільства: міжособистісні, корпоративно-громадські, інституційні. На міжособистісному рівні довіра сприяє задоволенню індивідуальних потреб та інтересів і забезпечує психологічне та життєве благополуччя особистості в процесі взаємодії з оточенням. Корпоративні інтереси забезпечують відчуття партнерства, взаємного професійного і товариського визнання, підвищення взаємної відповідальності [4, 42].

Губеладзе І. зазначає, що довіра також включає первинний і вторинний рівні спілкування та взаємодії. Основний рівень довіри – це особиста довіра до інших людей, з якими ми маємо безпосередню та пряму взаємодію. Вторинний рівень довіри залежить від безпосереднього спілкування та взаємодії. Ця довіра базується на інформації про людей, які є певними авторитетами [7, 59].

Наявність форм довіри і недовіри, що відрізняються вираженістю окремих компонентів психологічного ставлення, вимагає виділення двох основних категорій: «справжньої» і «хибної» довіри. Таким чином, всі види і форми довіри, які передбачають очікування хороших, позитивних емоційних оцінок і готовність суб'єкта до моральної поведінки, можна віднести до «справжньої або щирої довіри». Подібним чином компонентами «справжньої чи щирої недовіри» є: страх перед злом, негативні оцінки та готовність припинити контакт або проявити випереджувальну ворожість. Це також стосується випадків, коли довіра чи недовіра є результатом демонстрації власних якостей або приписування характеристик партнеру, незвичних для них. Ці види довіри і недовіри відрізняються від «недійсних» – нещирих, шахрайських форм, які є імітацією цих відносин. До «хибних» типів належать, наприклад, «псевдовіра» та «псевдонедовіра», які



використовуються для введення в оману та маніпулювання партнером [5, 25].

Існує ряд відносин між людьми, які тільки зовні нагадують довірливі відносини. Спектр псевдодовіри досить широкий. Список компонентів відносин, які несумісні з реальною довірою, дозволяє визначити псевдодовіру [23]:

*Відчай* - довіряти з відчаю означає вибирати менше з двох зол; справжня довіра ґрунтується на свободі та спонтанності. Отже, довіру під тиском обставин не можна вважати справжньою довірою.

*Конформна довіра* - виявляється по відношенню до представників певного соціального статусу (наприклад, лікар); вона заснована на нормативному переконанні, що певним людям слід довіряти в певних соціальних ситуаціях. Однак у цьому випадку скоріше слід говорити про псевдодовіру, оскільки вільного вибору об'єкта довіри немає.

*Наївність* - справжня довіра не може бути результатом наївності. Такий тип псевдодовіри виникає, коли суб'єкт будує своє ставлення до партнера, не враховуючи можливі негативні наслідки взаємодії. Головною характеристикою наївності є неспроможність передбачити можливі наслідки довірливої поведінки.

*Імпульсивність* - спостерігається в тих випадках, коли суб'єкт надає надмірного значення наслідкам взаємодії з людиною, яка викликає довіру лише зовні. Таке ставлення сповнене недоречної емоційності і невиправданих надій на те, що всі очікування справдяться. Використання такої довірливості дозволяє шахраям використовувати співчуття та милосердя у власних егоїстичних цілях.

*Сліпа віра в людину.* - заснований на фаталістичному переконанні, що хід подій визначається обставинами і краще слідувати їм, ніж приймати свідоме рішення.

*Азарт у стосунках* - у цьому випадку людина вперто сподівається на зміну в бік більшої довіри, хоча об'єктивно цього очікувати не можна.

Тому, псевдодовіра характеризується достатньою кількістю суперечливих почуттів, намірів і відносин.

Однак, справжня довіра має свої позитивні та негативні сторони. До позитивних сторін довіри відноситься прийняття партнера і проявлена до нього щирість. Справжня довіра також пов'язана з точністю і послідовністю оцінок партнера, його намірів і наслідків взаємодії. Негативною стороною довіри є наявність достатнього рівня ризику. Довіра пов'язана з оцінкою та самооцінкою. Правильна оцінка партнерів по взаємодії позитивно впливає на довіру. Відсутність довіри призводить до помилок і неточностей в оцінці партнера, створює порочне коло і, в свою чергу, породжує недовіру.

Розуміння природи довіри і недовіри тісно пов'язане з питанням про їх місце в системі понять. Частіше дослідників цікавить взаємозв'язок між довірою та такими явищами, як переконання, довірливість (особиста власність), конфіденційність (характеристики стосунків і спілкування), розрахунок, які доповнюються зв'язком між довірою та недовірою з низкою інших загальних явищ і самовизначення [48, 1011].

Протягом всієї історії медицини фактор довіри пацієнта до лікаря відігравав велику, якщо не головну роль. Слово «довіряти» походить від «вірити». Якщо пацієнт довіряє лікарю, успіх лікування гарантований. Якщо ні... Як без цього разом подолати хворобу? Розглянута проблема актуальна для всіх сфер охорони здоров'я.

На сьогодні, медичні служби і лікарі розглядають і описують стосунки на основі довіри як «стратегічний маркетинговий інструмент». На це є три основні причини:

По-перше, фінансовий успіх лікарів наразі залежить від послідовного і систематичного менеджменту та направлень пацієнтів, що призводить до певної конкуренції, подібної до інших галузей сфери послуг [57].

По-друге, пацієнти сприймають медичні послуги як сервіс довіри, масштаби якої важко об'єктивно оцінити; Довіра – важливий фактор для побудови міцних стосунків [37].

По-третє, медичні дослідження показують, що ефективна комунікація між лікарем і пацієнтом підвищує успіх медичної допомоги [35].

Литовченко В.П. зауважує, що на сьогодні довіра вважається основою (будівельним матеріалом) медицини. Вона виникає через постійну взаємодію та систематичні контакти, під час яких пацієнт та його родина спостерігають за лікарем і вирішують, чи відповідає він їхнім очікуванням, серед всіх якостей, які є найважливішими для пацієнтів, перш за все: послідовність, компетентність, професіоналізм, чесність, відповідальність, а також доброзичливість і порядність. Довіра має вирішальне значення для готовності пацієнтів звертатися за допомогою, надавати конфіденційну інформацію, погоджуватися на лікування та виконувати рекомендації лікарів [20, 241].

Як зазначає Тетяна Дьяченко, головний лікар Вознесенської міської ЦПМСД: «Довіра – це основа побудови успішного процесу лікування. Якщо впевненість пацієнта низька, позитивний результат виглядає більш сумнівним. Довіра до лікаря не є абсолютною цінністю і не є обов'язком пацієнта. Це досягнення, які лікар будує щоденною працею в напрямку спілкування, саморозвитку та роботи над внутрішніми якостями. Звичайно, професійний досвід і спеціальні знання є основою, на якій базується експертиза. Емпатичний підхід і бажання почути думку пацієнта та його особистий погляд на проблему, навіть якщо він суперечить думці лікаря, допомагають побудувати успішну комунікацію. Дуже важливо активно залучати пацієнтів до спільного прийняття рішень, оскільки на кону стоїть їхнє здоров'я. Цілісний підхід, налагодження спілкування з урахуванням індивідуальних особливостей людини з боку лікаря – завдання лікаря. Тільки спільними зусиллями можна досягти відмінних результатів!» [9].

Ефективна комунікація між лікарем та пацієнтом є найважливішим елементом лікувального процесу. «Довіра до лікаря – це позитивне динамічне ставлення пацієнта до лікаря, яке виражає очікування, засноване на попередньому досвіді, що лікар має здібності, навички та бажання якнайкраще допомогти пацієнту» [24].

Для виявлення довіри до лікаря є важливе перше враження, яке складається у пацієнта при зустрічі. Для людини важлива міміка лікаря, його жести, тон голосу, вираз обличчя, вживання розмовних виразів, зовнішній вигляд.

Відомо, що задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги визначається досягненням позитивного результату лікування, задоволеністю взаєминами з медичним персоналом, соціально-побутовими умовами в стаціонарі та наявністю в лікувальному закладі необхідних медикаментів і товарів медичного призначення. Аналіз скарг пацієнтів та якості медичної допомоги показує, що найчастішими причинами конфліктних ситуацій при наданні медичних послуг є проблеми у стосунках між лікарем і пацієнтом.

Важливо вчасно розпізнавати недоліки в професійному спілкуванні в діаді лікар-пацієнт та бути готовим до змін. Це дозволяє лікарям краще розуміти пацієнтів. Лікарі можуть навчитися та практикувати навички спілкування, щоб краще справлятися зі складними ситуаціями, які можуть виникати в їх щоденній практиці. На жаль, гнів, агресія, депресія і страх є невід'ємними проявами будь-якої хвороби. А своєчасне ефективне реагування на емоційний стан пацієнта може покращити процес лікування.

Отже, лікар повинен володіти теоретичними знаннями з психології спілкування, управління конфліктами та практичними навичками продуктивної взаємодії з акцентом на стратегію співпраці та адаптації. Володіння соціальними навичками (soft skills) може допомогти лікарю приймати зважені рішення, краще розуміти пацієнтів, створити здорову та дружню атмосферу, зробити роботу цікавішою та приємнішою.

Бронікова С. підкреслює, що для ефективного контакту між лікарем і пацієнтом важлива не тільки вербальна комунікація, а й використання невербальних засобів (невербальної комунікації), які в багатьох випадках краще представляють стан пацієнта. Невербальні сигнали зазвичай використовуються несвідомо і тому незамінні для інтерпретації «інформаційного повідомлення». Лікар повинен уважно спостерігати за своїми пацієнтами, звертати увагу на невербальні засоби спілкування та вміти розшифровувати такі знаки [3]

Сміт Дж., зазначає, що невербальні компоненти процесу спілкування можна розподілити таким чином: поза; зоровий контакт (погляди); жести і легкі кивки головою; міміка; фізична дистанція (наприклад, під час спілкування з пацієнтом важливо, щоб лікар не знаходився надто близько до пацієнта або сидів занадто далеко, наприклад, на іншому кінці великого столу. Дослідження показують, що усунення перешкод під час обговорення та складання лікування, наприклад, як стіл, може позитивно вплинути на консультацію та подальше лікування [54]. Дослідники зазначають, що використання невербальних знаків/підказок, особливо зорового контакту, відповідних жестів, наприклад, привітання, рукостискання, тощо, ефективно впливають на міжособистісну комунікацію в діаді лікар-пацієнт [62].

Соціальні навички лікаря (soft skills) відіграють важливу роль у побудові довірливих стосунків та ефективного спілкування. Сьогодні особлива увага приділяється навчанню soft skills; можливість набуття таких навичок є важливим критерієм оцінки освітніх програм на всіх рівнях освіти (від дошкільної до вищої). За сучасним визначенням, soft skills (м'які/гнучкі навички) – це набір неспеціалізованих, надпрофесійних навичок, які відповідають за успішну участь у робочому процесі та високу продуктивність і, на відміну від спеціалізованих навичок, не пов'язані ні з якими.

У психологічних працях під сутністю поняття розуміють сукупність продуктивних якостей особистості, що характеризують стосунки в соціальному середовищі. Ці навички можуть включати навички соціалізації,

навички спілкування, мовні навички, особисті звички, емоційний інтелект, емпатію, управління часом, роботу в команді та лідерські навички [39].

У літературних джерелах розглядаються різні види «універсальних навичок». Зокрема, науковці Університету Східного Кентуккі виділяють десятку найважливіших:

- *комунікативні навички* - уміння спілкуватися усно та письмово, уважно слухати, тощо;
- *доброзичливість* - манери, етикет, у тому числі діловий, ввічливість;
- *гнучкість* - адаптивність, готовність до змін, «навчання впродовж життя», здатність сприймати нове;
- *цілісність* - чесність, етика, мораль, цінності, система особистих пріоритетів;
- навички міжособистісної комунікації - приязність, почуття гумору, доброзичливість, хороші манери, емпатія, самоконтроль, толерантність, соціальні навички;
- *позитивне ставлення* - оптимістичність, ентузіазм, впевненість;
- *професіоналізм* - опрятність, має відповідний зовнішній вигляд і готовий виконувати професійні завдання;
- *відповідальність* - надійність, винахідливість, дисциплінованість, бажання якісно і сумлінно виконувати завдання; здоровий глузд;
- *командна робота* - уміння співпрацювати, розподіляти обов'язки, працювати на спільний результат;
- *трудова етика* - працьовитість, бажання працювати; лояльність, ініціативність, мотивація, дисциплінованість [39].

З огляду на види, що розглядаються, в сучасних умовах для лікаря важливо використовувати *soft skills* у контексті надання медичної допомоги своїм пацієнтам, особливо на етапі консультації, обговорення плану лікування та спілкування в цілому.

## 2.2. Складні ситуації в лікуванні військовослужбовців

Кожен лікар у своїй практиці щодня стикається зі складними ситуаціями, оскільки спілкується з пацієнтами в різних психологічних станах, як правило, негативно емоційно забарвлених. У більшості випадків пацієнти вимушено звертаються до лікаря. Іноді, вони звертаються до лікаря після того, як їх примушують рідні чи друзі, продовжуючи сумніватися або заперечувати доцільність лікування.

Всі пацієнти є особливими і кожен має широкий спектр психологічних та особистісних характеристик, а також поточний емоційний стан.

Ще до приходу лікаря пацієнт може перебувати в стані стресу і на межі нормального емоційного стану. А перебування в медичному закладі викликає у пацієнта ще більше занепокоєння та стресу через втрату часу на лікування та пов'язані з цим витрати [50].

Робота з емоціями пацієнта вимагає від лікаря значних професійних комунікативних навичок. Це необхідно для встановлення терапевтичного альянсу з пацієнтом і залучення його до ефективної участі в лікувальному процесі. Лікар не може вирішити всі проблеми пацієнта, але він може і повинен з'ясувати, що його турбує фізично і психологічно, і допомогти йому максимально ефективно. Тому лікар повинен не тільки володіти спеціальними знаннями, а й уміло використовувати професійні комунікативні навички [61].

Навички комунікації є важливою частиною медичної підготовки та життя лікаря загалом. Тому, майстерному спілкуванню треба вчитися. Проведені дослідження підтверджують, що соціальна ефективність і здатність вирішувати міжособистісні проблеми безпосередньо залежать від оволодіння комунікативними навичками [42, 740].

Війна в Україні підняла на новий рівень актуальність проблеми збереження психічного здоров'я та лікування військовослужбовців. Оскільки участь у бойових діях майже завжди супроводжується стресовою реакцією

організму, яка без належної кваліфікованої допомоги може призвести до несприятливих наслідків як для самого бійця, так і для суспільства в цілому. Психологічна травматизація особового складу призводить до зниження ефективності виконання завдань за призначенням та збільшення фізичних травм [13, 5].

Під час лікування військовослужбовців лікарі можуть зіткнутися з різними проблемами, а фізичні травми ще більше посилюються психологічними травмами та втрату ефективної комунікації. В кожній лікарні є психолог, але психолог не є асистентом лікаря і не завжди може супроводжувати кожну консультацію, тому, дуже важливо, щоб лікар мав психологічні навички та розуміння особливості психіки пацієнтів військовослужбовців.

Паула Доменічі, психолог і директор навчальних програм для цивільних центрів психології розвитку, зазначає, що очікування військовослужбовців щодо лікарів можуть відрізнятися від очікувань цивільних. При наданні психологічної допомоги лікарі повинні чітко визначити межі свого особистого статусу, конфіденційність та обговорити можливу стигматизацію та проблеми у стосунках «лікар-пацієнт» [41].

Військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, часто відрізняються своїми відмінними характеристиками, які проявляються в певних психічних станах, процесах, характеристиках і поведінці. Перш за все, це можуть бути підвищена дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена чуйність, напруженість, ознаки депресії, підвищена втомлюваність, апатія, тривога, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, надмірне почуття справедливості, а також зацикленість на втраті, труднощі з засипанням, кошмари, тремтіння, нездатність зняти напругу, в тому числі фізичну, постійне відчуття небезпеки, тощо [13, 8].



Усе це часто призводить до відчуття сильної втоми та браку енергії, недовіри, поганої пам'яті, труднощів зосередження, заклопотаності спогадами про війну, симптомів посттравматичного стресового розладу, негативних змін особистості, соціально-психологічної дезадаптації, обмеженого спілкування та антисоціальної поведінки, яка може нести медичний та сімейний характер, міжособистісні конфлікти з дружиною, членами сім'ї, близькими друзями чи колегами, невпевненість у завтрашньому дні, тощо [13, 8]. З усіма цими проблемами стикаються не тільки психологи, під час консультацій, а й лікарі під час лікування військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях.

Є два аспекти психічного здоров'я, які є наслідком досвіду людини з травматичними подіями. Перший - той, що на поверхні - деструктивний і зазвичай виражається у формі «розладів, пов'язаних з травмою та стресом» (згідно з DSM-5, включаючи найчастіше «гострий стресовий розлад» (ГСР) та «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [32], а також у вигляді інших розладів (ускладнене або травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, дисоціативні розлади, розлади з соматичними симптомами, конверсійний розлад, короткочасні психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами.) [38] Водночас, згідно з DSM-5, ризик супутніх розладів (депресії тощо) для тих, у кого є ознаки ПТСР, у 80% [32] є хронічні психопатологічні зміни особистості та сповільнені реакції на стрес [45].

Другим аспектом ефекту травми є те, що Дж. Браєр називає «зростанням» [38]. Воно проявляється тоді, коли людина змогла «пережити» травму і вижити. Це також змінює якість життя людини, але в інший бік – тепер все усвідомлюється по-новому, змінюється і стає глибшим погляд на світ, на себе, на інших людей. При цьому подолати як перший аспект, так і досягти другого буває дуже складно, і допомога лікарів та психологів вкрай важлива.

Аналіз літературних джерел про посттравматичні стресові стани у військовослужбовців дозволяє встановити їх характерні прояви, найпоширенішими з яких є такі: суїцидальні думки, які в окремих випадках закінчуються реальним здійсненням суїциду; потреба носити зброю та використовувати її для вирішення проблемних ситуацій; часткова або повна втрата сенсу життя, відсутність впевненості в собі; депресія, песимізм, відчуття покинутості та непотрібності; недовіра до оточуючих, нездатність відкрито говорити про війну; відчуття нереальності всіх подій, що відбувалися під час війни; розвиток відчуття неможливості реально вплинути на хід подій; невміння бути щирим і відкритим у спілкуванні з іншими людьми; надмірна тривожність; підсвідоме уявлення про те, що людина «загинула» на війні; спроба знайти відповідь на питання: «Чому загинули твої друзі, а не ти?»; потреба зірвати на когось злість і проявити агресію через участь у бойових діях і через все, що сталося; постійна потреба в адреналіні та гострих відчуттях, тощо [13, 11].

Особливо важливою є проблема фізичних травм військовослужбовців під час участі у бойових діях. З усіма цими наслідками негативних обставин і воєнних подій лікарі стикаються під час лікування цієї категорії громадян.

Всі перераховані обставини, дають розуміння того, чому саме складні ситуації в лікуванні військовослужбовців не дають встановити ефективної комунікації та довіри в діаді лікар-пацієнт.

Отже, у взаємодії лікаря і пацієнта буває багато різних складних ситуацій. Важкий пацієнт відчуває сильні емоції та демонструє поведінку, яка заважає ефективному спілкуванню. Такі емоції та поведінка зазвичай викликають у лікаря негативні почуття. Наприклад, розгніваний пацієнт може настільки розлютити лікаря, що може виникнути конфлікт, уникнення або відмова від лікування. Робота з пацієнтом у складних ситуаціях іноді пов'язана з невпевненістю і навіть страхом з боку лікаря, що може призвести до уникнення контакту з пацієнтом [53]. Крім того, негативні емоції пацієнта, такі як страх, смуток і гнів, можуть ускладнити медичну допомогу.

Слід зазначити, що пацієнти неминуче емоційно та поведінково реагують на свої захворювання, тому лікарі повинні відповідним чином реагувати на ці реакції [52]. Більшість лікарів інтуїтивно ефективно реагують на такі зміни. Однак деякі емоційні реакції або поведінка пацієнтів часто перевершують очікування багатьох лікарів, а іноді й діапазон прийнятних реакцій. Коли виникають такі несподівані ситуації, лікарі розуміють, що мають справу зі складним пацієнтом. І дуже важливо в такий момент пам'ятати лікарю, що він має справу з людиною, яка відчуває фізичні чи психологічні страждання [58].

Дуже часто лікарі задають питання пацієнту, наприклад: «Що сталося?» або «Чому ти такий тривожний (злий, збентежений)?». Іноді, такі питання можуть бути корисними і ефективними, але не завжди. Бажано не запитувати пацієнта про його емоційний стан, а використовувати висловлювання. Наприклад: «Я бачу, що ти сумуєш (злий, боїшся)». Таким чином лікарі уникають конфронтації або нав'язливої поведінки з боку пацієнта і показують, що готові його бачити і чути. Незважаючи на складну ситуацію комунікації, потреба в зборі клінічно значущої інформації залишається актуальною, незважаючи на важкі відчуття та поведінку пацієнта.

У процесі спілкування важливо приділяти увагу подоланню емоційних реакцій пацієнта та вирішенню складних ситуацій в діаді лікар-пацієнт. Дуже часто фізична хвороба відображає емоційний стан пацієнта. Тому, опрацювавши емоційні реакції, лікар може опосередковано змінити поведінку пацієнта, яка могла завадити процесу лікування.

При вирішенні складних ситуацій в діаді лікар-пацієнт важливо використовувати наступні техніки [49]:

1. Емпатійне ставлення
2. Нормалізація емоцій
3. Підтримка
4. Повага

## 5. Будування партнерських відносин

*Емпатійне ставлення*, «емпатія» — це здатність розпізнавати емоційні реакції іншого і вчасно повідомляти про своє розуміння цих реакцій. При спілкуванні з хворим дуже важливо звертати увагу на те, що говорить хворий, як він говорить і при цьому, що говорить мова його тіла. Ефективне спілкування вимагає від лікаря активного слухання. Активне та емпатійне слухання дозволяє лікарю зрозуміти емоції пацієнта або вчасно відреагувати на його зміни [60].

Наприклад, уявімо ситуацію, коли лікар лікує пацієнта, який страждає на підвищений тиск. На питання лікаря про особисте життя військовослужбовець каже, що все добре. І все ж щось у його мові тіла, можливо, ухильний погляд, турбує лікаря. На цьому етапі важливо сповільнити клінічну розмову та зібрати більше інформації.

*Нормалізація емоцій* - після того, як лікар продемонстрував емпатію та розуміння емоцій пацієнта, часто корисно висловити почуття розуміння емоцій пацієнта або переконатися в їх нормі. Наприклад: «Я бачу, що ти засмучений, і це нормально у твоїй ситуації, тому що будь-хто, хто перебуває у твоєму поточному стані, почуватиметься так само...»

Цей вияв розуміння та підтвердження нормальності емоцій дуже заспокоює пацієнта. Крім того, такий підхід допомагає створити довіру та побудувати достатні стосунки для вироблення з пацієнтом певної спільної стратегії подальшого лікування [33, 3].

*Підтримка* - лікарі зазвичай надають своїм пацієнтам емоційну підтримку через інтуїтивні здібності. Наприклад: «Я хочу, щоб ви знали, що я зроблю все можливе, щоб допомогти вам вирішити вашу проблему». Дуже важливо, щоб лікарі завжди пам'ятали, наскільки це важливо для пацієнта [33, 3].

*Партнерство* - є багато досліджень, які вказують на те, що партнерство в діаді лікар-пацієнт є більш ефективним, ніж авторитарні стосунки [44]. Наприклад: «Ми працюватимемо разом, щоб вирішити вашу

проблему». Коли лікарі залучають пацієнтів до процесу прийняття рішень, пацієнти, як правило, стають щасливішими та частіше дослухаються до порад лікаря. «Тож я можу запропонувати вам кілька варіантів лікування вашої хвороби, але необхідно, щоб ви самі знайшли більш прийнятний варіант».

*Повага* - є основою хороших стосунків між лікарем і пацієнтом. І тут деякі лікарі беззастережно поважають своїх пацієнтів. Однак у складних ситуаціях лікарі не завжди згадують про це. Лікар може бути злим і дратівливим і піддатися цим почуттям. Однак, важливо, щоб лікар це визнав і знайшов у собі сили альтернативно впоратися зі своїми негативними емоціями [33, 3].

Вважаємо доцільним представити ключові клінічні та міжособистісні підходи до вирішення складних ситуацій. Такі підходи сприяють ефективній медичній допомозі та знімають неприємні моменти в діаді лікар-пацієнт.

### **2.3. Психологічні рекомендації лікарю, як впоратися з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця**

Проаналізувавши наукові джерела та розкривши основні особливості встановлення міжособистісного контакту та довіри в діаді лікар-пацієнт, як чинника ефективного лікування пацієнтів, вважаємо доцільним надати психологічні рекомендації лікарю, як впоратись з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.

#### **Загальні рекомендації:**

1. Дайте пацієнту зрозуміти, що ви були уважними та розумієте його емоційний стан.

Наприклад: Ви виглядаєте дуже стурбованим!

2. Перелічіть можливі причини занепокоєння пацієнта.

Наприклад: Це зрозуміло у вашій ситуації, ви сьогодні багато чого дізналися і тепер хвилюєтеся та стурбовані станом свого здоров'я.

3. Запитайте пацієнта, чи є ще щось, що викликає у нього злість або занепокоєння.

**Рекомендації:** Ніколи не кажіть дратівливому або агресивному пацієнту: «Я вас розумію!»

1. Не ображайте хворого і не вступаєте з ним у конфлікт. Пам'ятайте, що сильні емоційні реакції можуть бути викликані фізичним або психологічним станом пацієнта.

2. Незважаючи на гнів хворого, будьте стримані та використовуйте спокійну, врівноважену мову.

3. Не переривайте напад гніву. Дайте пацієнту можливість висловитися.

4. Спілкуйтеся з розчарованим і засмученим пацієнтом у спокійній обстановці, бажано в тиші.

### ***Як реагувати на вербальні та невербальні сигнали пацієнта?***

1. Покажіть, що ви почули пацієнта за допомогою невербальних моделей (зоровий контакт, нахил голови, вираз обличчя).

2. Проявіть співчуття (емпатію). Використовуйте емпатичні вирази.

Наприклад: «Я бачу, що ви засмучений», «Це нормально для людини в твоєму стані».

3. Дослідіть зміст проблеми, на яку пацієнт реагує бурхливо.

Наприклад: «Ви не заперечуєте, якби я запитав вас про це...». «Якщо ви не хочете відповідати на це запитання зараз, ми можемо повернутися до нього пізніше».

4. Відповідайте тільки на прохання пацієнта і намагайтеся вирішити проблему. Намагайтеся не реагувати емоційно.

## Типові складні ситуації у діаді лікар-пацієнт

### Сердитий, злий або вороже налаштований пацієнт

**Характеристика:** напруга, насуплені брови, стиснуті кулаки, схрещені руки, обмежене дихання.

**Можливі причини:**

1. *Внутрішні* – психологічні проблеми: розлад особистості (межовий), маніакальна, депресивна дратівливість, психотичні розлади.
2. *Внутрішні* – фізичні проблеми: гострий або хронічний больовий синдром.
3. *Зовнішні проблеми.*

**Рекомендації щодо комунікації:**

1. Якщо ви бачите ці ознаки, спробуйте з'ясувати причину проблеми пацієнта і зверніть увагу на те, як його емоції пов'язані з фізичним станом або процесом лікування.
2. Не вступайте та розвивайте не конфлікт! Натомість, визначте свої межі, та зрозумійте пацієнта, це допоможе вам змінити вашу реакцію на ситуацію та дозволить вам співчувати пацієнту.
3. Що робити, якщо пацієнт доставляє вам дискомфорт? Пам'ятайте, що ви маєте справу з людиною, яка може страждати від психічних або фізичних проблем.
4. Якщо ситуація вже «зашкодила» вам, використовуйте рефлексивні висловлювання (про себе).

Наприклад: «Я розумію, чому я відчув такі почуття до пацієнта, я також людина, у мене теж є почуття...»

Наприклад: пацієнт, який годину чекав на лікаря, коли лікар запізнився. Тривалий час очікування може стати причиною проблем. Пацієнт може сказати: «Я не розумію, чому мені довелося чекати?»

Якщо ви відчуваєте обурення, ви можете відреагувати так само, але глибоко вдихніть і вибачтеся за запізнення. Це буде більш конструктивно, ніж демонстрація власного гніву.

Наприклад: якщо сказати: «Я розумію, чому ви засмучені, і я ціную, що ви мене чекаєте», це зменшить гнів пацієнта. Також необхідно попередити персонал, щоб він повідомляв пацієнтам про можливі затримки через певні обставини. Як варіант, можна запропонувати відкласти візит.

1. Іноді за дратівливістю може ховатися депресія. Це частіше спостерігається у пацієнтів, які страждають від хронічного больового синдрому.

2. Наприклад: «Я бачу, що ти роздратований, але мені здається, що за цим почуттям ховається смуток» Ви можете навіть сердитися на мене, але я дуже хотів би вам допомогти.

3. Якщо ви відчуваєте, що пацієнт боїться діагнозу або лікування, заохотьте його поговорити про це та оцініть, чи відповідає цей страх ситуації. Це може допомогти виявити причину страху і дозволить пацієнтові більш конструктивно його подолати.

4. Якщо ви відчуваєте, що вам або персоналу може бути завдано шкоди під час зустрічі із засмученим пацієнтом, одразу зверніться за допомогою!

### **Тривожний пацієнт**

**Характеристика:** збентежений, нервовий. Він може демонструвати фізичні ознаки тривоги: (пітливість, тремтіння), швидка та неконтрольована розмова. Здається, він вимагає від вас надмірної уваги, особливо коли справа доходить до переконань. Або здається, що він вас не чує або не розуміє та не пам'ятає, що ви говорите.

#### ***Можливі причини тривоги.***

1. Це може бути його звичайна поведінка, пацієнт може бути тривожною людиною або у нього може бути тривожний розлад.



2. Це може бути його реакцією на хворобу та медичну допомогу. Більшість відчуває певний рівень тривоги за таких обставин. Страх завжди виникає через те, що з нами може щось трапитися в майбутньому.

3. Занепокоєння може бути пов'язане з іншими проблемами в житті пацієнта.

Якщо ви розумієте, що пацієнт стурбований діагнозом або лікуванням, заохочуйте його.

Наберіться терпіння, щоб поговорити про це та оцінити, чи цей страх відповідає ситуації. Це може допомогти визначити причину тривоги та надати пацієнту більш конструктивну точку зору.

### ***Рекомендації щодо комунікації:***

1. Будьте спокійні та готові приділити час пацієнту.
2. Поясніть, що більшість пацієнтів можуть відчувати тривогу і що це нормально.
3. Якщо пацієнт занадто багато говорить, спробуйте вести розмову закритими запитаннями, підсумовуючи те, що він вам сказав, і пояснюючи, яка додаткова інформація вам потрібна і чому. Наприклад: «Я розумію, наскільки важлива для вас ця тема, але ми можемо повернутися до неї трохи пізніше».
4. Чітко визначте, чого ви очікуєте від пацієнта під час і після консультації.
5. Якщо пацієнт вимагає від вас дізнатися причину його симптомів і просить підтвердження, поясніть це недостатньою інформацією та необхідністю уточнення. Наприклад: «Так, я розумію, що ви хотіли б дізнатися свій діагноз сьогодні, але нам потрібно дочекатися результатів дослідження».

### **Іпохондричний пацієнт**

**Характеристика:** особливості: цей пацієнт може скаржитися на різноманітні хронічні захворювання з нечіткими або перебільшеними симптомами та часто страждає від супутньої тривоги, депресії та розладів особистості. Він часто відвідує багатьох лікарів і отримав численні діагнози та численні лабораторні дослідження в минулому.

**Можливі причини:** тип особистості, травматичні ситуації, фактори навколишнього середовища, інші захворювання.

#### **Рекомендації:**

Розмовляючи з іпохондричним хворим, висловлюйте свої співчуття та наголошуйте на необхідності регулярного відвідування лікаря. Це допоможе знизити хвилювання пацієнта.

Наприклад: «Я помітив, що ви вже відвідали кількох лікарів і провели багато обстежень (тестів, аналізів), щоб з'ясувати причину ваших симптомів. Я розумію, що симптоми справді важкі для вас, але я вважаю, що ці тести вже виключили серйозні медичні проблеми. У мене є для вас інше лікування, яке допомогло іншим пацієнтам із такими симптомами, як ваші. Я хотів би попрацювати з вами над планом, згідно з яким ми бачимось кожні два-чотири тижні, достатньо часто, щоб побачити, чи дійсно щось нове відбувається з вашим станом. Якщо буде щось важливе, ми проведемо додаткові перевірки. Наші зустрічі будуть настільки частими, що можете бути впевнені, що ми нічого не пропустимо. І ми уникатимемо громіздких і дорогих тестів і процедур, якщо вони не є явно необхідними».

### **Депресивний, пригнічений або сумний пацієнт**

**Характеристика:** виглядає сумним, нещасним, має погано змодульовану міміку, не посміхається, може плакати, може демонструвати поведінку уникання та не зацікавлений у оточенні.

**Можливі причини смутку:** горе, травма, психічне захворювання, вроджена або особиста сором'язливість, реакція на хворобу, негативний попередній досвід лікування хвороби, очікування прихованої правди, страх перед наслідками хвороби.

**Рекомендації:**

1. Якщо пацієнт сумний і пригнічений, спробуйте спочатку повідомити йому хороші новини.
2. Дайте пацієнту час подумати.
3. Підтримуйте пацієнта за потреби (пацієнт може плакати і соромитися цього). Скажіть пацієнту, що плакати – це нормально. Сльози знімають душевний біль. Якщо хворий хоче, можна залишити його в спокої.
4. Повторіть деякі вже поставлені запитання. Це може допомогти зібрати більше інформації.
5. Зважено надавати або пояснювати небажану інформацію пацієнту. Наприклад: «Я можу лише здогадуватися, що вас турбує, або я не можу сказати нічого остаточного про ваш діагноз, доки він не підтвердиться...».
6. Запитайте причину смутку. Наприклад: «Чому Ви в депресії? «З вами щось трапилося?», «Які думки вас турбують».
7. Дати можливість вибору. Наприклад: «Я хотів би, щоб ви відповіли на наступні запитання більш детально, але якщо вам буде незручно, дайте мені знати, щоб ми могли перейти до наступних».
8. Якщо необхідно, заохочуйте пацієнта брати участь у груповій терапії горя, домашнього насильства чи алкогольної залежності.
9. Допоможіть пацієнту зрозуміти, що горе – це процес, який залежить від часу та сприйняття. Сприяти відкритому спілкуванню.

**Розсіяний або неуважний пацієнт**

**Характеристика:** цей пацієнт характеризується великою кількістю «пустих» відвідувань лікаря. Він може бути самотнім, залежним, надто сором'язливим або збентеженим, щоб ставити запитання, на які він справді

хоче отримати відповідь. Він також може поставити багато раціональних питань. Він дуже стурбований або просто дезінформований і потребує пояснення.

**Можливі причини:** психологічні та соматичні розлади.

**Рекомендації:**

1. Першим кроком до продуктивної взаємодії є визначення основних причин частих візитів. По-перше, зверніть увагу на поведінку хворого під час частих візитів. Наприклад: «Я бачу, що ви вже був у лікаря тричі цього тижня, чим я можу вам допомогти?»

2. Поясніть, що ви бачили інших пацієнтів, які планували часті візити з різних причин. До них належать занепокоєння щодо недіагностованих симптомів, потреба в впевненості, що все буде добре, потреба в полегшенні хронічного болю або просто потреба в розмові.

3. Запитайте, які з цих проблем хвилюють пацієнта, чи є інші ідеї щодо причин частих візитів. Демонструючи розуміння причин, які можуть призвести до частих відвідувань лікаря, ви заохочуєте відкрите обговорення проблеми.

4. Створіть з пацієнтом план регулярних запланованих візитів. Надайте достатню інформацію.

### **Маніпулятивний пацієнт**

**Характеристика:** цей пацієнт часто грає з почуттями інших і погрожує гнівом, судовим позовом або навіть самогубством. Він схильний демонструвати імпульсивну поведінку, спрямовану на отримання бажаного, і часто буває важко відрізнити таку поведінку від прикордонного розладу особистості.

**Можливі причини:**

Чому пацієнт маніпулює? Йому потрібні: медичний час, медичні зусилля, співчуття або жалість.

Коли лікар маніпулює пацієнтом, він неправильно розподіляє свій робочий час і приділяє більше уваги пацієнту-маніпулятору.

Крім того, лікар часто приймає неправильні рішення в залежності від вимог пацієнта. Наприклад: призначити конкретний препарат і негайно зробити МРТ.

***Рекомендації:***

Найважливіше правило при роботі з маніпулятивним пацієнтом — усвідомлювати власні емоції і не підкорятися емоціям пацієнта (він може бути дійсно розумнішим, навіть якщо його дії свідчать про протилежне). Чим краще ви знаєте свої слабкі сторони, тим швидше ви зрозумієте, що вами маніпулюють. Іноді потрібно сказати «ні»!

***Наприклад:***

Пацієнт: «Випишіть мені, будь ласка, ліки.....саме ці!».

Лікар: «Ці ліки дуже сильні, вони вам зараз не потрібні».

Пацієнт: «Ні, мені це дуже потрібно! Я не можу жити без них! Напишіть мені терміново!»

Лікар: «Але, на жаль, я не можу цього зробити».

***Наприклад:***

Пацієнт: «Я знаю про свою хворобу більше, ніж будь-який інший лікар, я прочитав багато літератури, спробував багато ліків, тому я не знаю, як ще ви можете мені допомогти». Як вести себе з таким типом пацієнта? Не конфронтуйте з пацієнтом.

Лікар: «Тоді навіщо ви до мене прийшли?» Найкраще діяти на випередження: «Я бачу, що ви дуже досвідчена людина, але ви все-таки до мене прийшли, може я все-таки спробую вам допомогти?»

Дуже хороший захист від маніпуляцій стає все більш важливим. Кожен маніпулятор намагається забрати у вас час на роздуми. Тому найпростіший спосіб — сказати «Мені потрібно подумати» або «Чи можете ви написати своє прохання письмово?»

## **Підозрілий пацієнт**

**Характеристика:** основна риса такого хворого – постійна ворожість і недовіра під час спілкування. Він може постійно вас у чомусь підозрювати. Він може як приховувати, так і висловлювати свої підозрілі думки.

### **Рекомендації:**

1. Нагадайте пацієнту про конфіденційність, яку ви вже обговорили з ним на початку розмови або під час знайомства.

2. Щоб обеззброїти підозрілого пацієнта і зменшити його емоційне хвилювання, вербалізуйте його підозри. Це може спонукати його до більш відкритого спілкування.

**Наприклад:** коли лікар запитує у пацієнта конфіденційну інформацію.

Лікар: «Як ви думаєте, чому я задаю вам усі ці запитання?» або «Що ви думаєте?»»

Пацієнт: «Мені справді цікаво, як ви використаєте цю інформацію».

Лікар: «Пам'ятаєте, ми з вами говорили про конфіденційність всієї інформації, яку я чую? Мені важливо прояснити ці питання. Мені просто потрібна ця інформація, щоб краще зрозуміти вас і допомогти вам».

Пацієнт: «Усі лікарі так кажуть (пацієнт може бути саркастичним)».

Лікар: «Ви чули це раніше? Тоді я розумію, чому ви так обережно надаєте інформацію про себе...»

## **Мовчазний або замкнутий пацієнт**

**Характеристика:** вразливий, важко виражає свої внутрішні переживання. Можливо, соромиться відповідати на особисті запитання. Відповідає на запитання частіше односкладовими відповідями (словами) «Так», «Ні», «Я не знаю» або повністю мовчить.

### **Можливі причини:**

1. Це може бути особистість замкнута у собі.

2. Це може бути проявом психічного захворювання.

3. Це може бути реакцією на хворобу та звернення за медичною допомогою.

4. Причиною може бути нерозвинена емоційна система пацієнта.

***Рекомендації:***

1. Виявляйте максимум поваги та терпіння.

2. Доречно починати спілкування на абстрактні теми. Наприклад: «Що вам подобається?», «Може ви любите музику?»

3. Питання, які можуть спонукати пацієнта до розмови, можуть стосуватися інтересів, друзів або дозвілля.

4. Якщо пацієнт часто відповідає на запитання «Ні» або «Не знаю». Як можна включити його в діалог?

Варіант 1: Якщо ви дійсно нічого не знаєте, це добре, але якщо ви не хочете мені говорити, це інша справа, тоді просто скажіть мені, я не хочу з вами говорити.

Варіант 2: Використовуйте непрямі запитання.

Запитайте пацієнта, чи є у нього друг, знайомий або близька людина, у якого можуть бути проблеми або він знаходиться у біді: «Чи є у вас друг або знайомий, у якого проблеми? Як ви думаєте, що з ним відбувається, що його турбує?» або «У вас є хлопець, сестра, брат?», «На кого був би схожий ваш друг, якщо б був у такому самому настрої, як ви зараз?» Такі запитання дозволяють пацієнту описати свою поведінку та почуття. Таким чином ми можемо подолати захист пацієнта і залучити його до спілкування.

### **Балакучий пацієнт**

***Характеристика:*** багатомовність, можливість переходу з однієї теми на іншу, не відповідає на запитання коротко.

***Рекомендації:***

Під час спілкування використовуйте більше закритих питань або запитань, які вимагають конкретних відповідей.

***Наприклад:***

Лікар: «Як ваш настрій останнім часом?» (відкрите питання).

Пацієнт: «О, це залежало від того, як я проводив час. Коли я зустрічався з друзями, у мене був гарний настрій, коли на роботі мене чекало багато справ, настрій пропав, і ще мама, теж знаєте, дуже важко, коли вона починає на мене тиснути.. тощо».

Лікар: «Все ж таки, я хотів би запитати ще раз: Яким був ваш настрій за останні два тижні? Переважно піднесений, пригнічений чи дратівливий?» (Питання з конкретними варіантами відповідей).

Пацієнт: «Переважно пригнічений».

***Наприклад:***

Лікар: «Як ви спите?» (відкрите питання).

Пацієнт: «Іноді мені важко заснути. Залежить від того, наскільки я втомився і думки про минуле переслідують мене. Іноді мені здається..."

Лікар: «О котрій годині ви зазвичай лягаєте спати?» О котрій годині прокидаєтесь? Скільки годин ви спали минулої ночі? Ви прокидаєтесь вночі?» (Закриті питання).

Практикуйте обережно переривати монолог пацієнта. Наприклад: «Я розумію, наскільки важлива для вас ця тема, але чи не могли б ми повернутися до неї трохи пізніше?»

Регулярно нагадуйте пацієнту про необхідність рухатись далі в процесі вашого спілкування.

**Залежний пацієнт (для члена сім'ї або родича)*****Характеристика:***

1. У залежних стосунках член сім'ї неохоче залишає пацієнта наодинці з лікарем.

2. Коли пацієнту задають питання про його здоров'я, член сім'ї спочатку намагається відповісти на запитання або пацієнт дивиться на члена сім'ї, перш ніж відповісти.



3. Пацієнт, який активно спілкувався під час попередніх візитів, не розмовляє в присутності члена сім'ї.

4. Пацієнт демонструє ознаки, що вказують на фізичне насильство (наприклад, синці).

***Рекомендації:***

1. Спробуйте говорити безпосередньо з пацієнтом. Попросіть члена сім'ї дати пацієнту можливість відповісти на запитання. Наприклад: «Я розумію, що кожен із вас має свою думку щодо... але я хотів би почути думку кожного».

2. Після знайомства та кількох хвилин спілкування обережно попросіть члена родини залишити вас наодинці з пацієнтом. Наприклад: «Мені дуже приємно познайомитися з вами. Але зараз я хотів би поговорити з пацієнтом на одинці» або «Ви можете вирішити, з ким я буду говорити першим».

3. Підкресліть необхідність проведення фізичного огляду пацієнта без присутності родича для виявлення можливих ознак фізичного насильства.

4. У разі позитивних результатів на зловживання лікар зобов'язаний повідомити про це правоохоронні чи соціальні служби та за можливості госпіталізувати пацієнта.

5. Запитайте пацієнта, чи не загрожує щось його здоров'ю. Наприклад: «Хочете, я щось скажу вашому родичу?», «Якщо ви не проти, я просто скажу йому...»

6. Запитайте, чи є хтось інший, кого пацієнт хотів би побачити або зв'язатися замість присутнього члена сім'ї.

Дуже важливо вчасно розпізнати недоліки в професійній комунікації та бути готовим до змін. Таким чином, лікар можемо краще зрозуміти пацієнтів, а іноді і самого себе. Лікарі повинні навчитися та практикувати навички комунікації, щоб краще справлятися зі складними ситуаціями, які можуть виникнути в його щоденній практиці. На жаль, гнів, агресія, депресія і страх є невід'ємними проявами будь-якої хвороби. А своєчасне ефективне реагування на емоційний стан пацієнта може покращити процес лікування.

## ВИСНОВКИ

1. Вивчення сутності таких понять, як «комунікація», «компетентність», «компетенція» та «комунікативна компетентність», «комунікативна толерантність», визначаємо, що «комунікація» — це поняття, яке характеризує обмін інформацією, встановлення та підтримання контактів між людьми та процес спілкування, особливо емоційний зв'язок, який відображають комуніканти. Комунікаційний процес, у свою чергу, стає професійним спілкуванням, коли це процес взаєморозуміння в певній сфері, обмін інформацією між фахівцями даної галузі. Комунікаційна компетентність є однією з основних характеристик професійної компетентності медичних працівників.

2. Дослідивши особливості встановлення міжособистісного контакту в діаді лікар-пацієнт, нами було встановлено, що високий професіоналізм лікаря полягає в умінні індивідуалізувати та варіювати методи свого впливу на психіку пацієнта. Досвідчений фахівець викладає свої думки так, щоб вони були доступними і не викликали страху. Лікар вміє не підірвати впевненість пацієнта в собі і не позбавити його надії на успішне лікування. Протягом всієї історії медицини довіра була і залишається основою стосунків між лікарем і пацієнтом.

Медична етика сьогодні має справу з сукупністю моральних факторів і правил поведінки, якими керується медичний персонал у всіх сферах діяльності і спрямована на задоволення потреб суспільства і кожної людини в збереженні і зміцненні здоров'я, а також в профілактиці і лікуванні хвороб.

Співпраця, емпатія, довіра, повага, доброзичливість і співчуття є важливими складовими у відносинах між лікарем і пацієнтом. Це ключ до побудови хороших стосунків між лікарем і пацієнтом.

Двостороння комунікація призводить до кращих результатів, оскільки більшість пацієнтів хочуть брати участь у процесі лікування. Це також покладає на пацієнтів відповідальність за впровадження та підвищує ймовірність того, що вони будуть дотримуватися лікуванню. Важливою складовою міжособистісної комунікації є зв'язок між лікарем і сім'єю пацієнта, оскільки члени сім'ї, друзі та інші авторитетні особи можуть впливати на поведінку пацієнта щодо свого здоров'я, його стійкість до хвороби і дотримання курсу лікування.

Дотримання моральних норм і правил від Гіппократа до наших днів сприяє налагодженню конструктивної комунікації між лікарем і пацієнтом, що має вирішальне значення для ефективності лікування.

Сучасні професійні джерела свідчать, що ефективне встановлення міжособистісного контакту в діаді лікар-пацієнт і доброзичливе спілкування сприяють кращому сприйняттю медичної допомоги та більшій задоволеності пацієнтів, що призводить до довгострокових відносин.

3. Визначення проблеми довіри в діаді лікар-пацієнт зазначає, що щира довіра до лікаря вимагає точної оцінки його здібностей, намірів, компетенції та особистості. Вона принципово відрізняється від довірливості та псевдодовіри. Успішність довірчого спілкування лікаря і пацієнта можна розглядати як певний результат зусиль щодо подолання труднощів і психологічних бар'єрів, як результат накопичення позитивного досвіду взаємодії, шляху до згоди, емоційно-психологічного резонансу, який відчуває і переживає пацієнт.

Протягом всієї історії медицини фактор довіри пацієнта до лікаря відігравав велику, якщо не головну роль. Слово «довіряти» походить від «вірити». Якщо пацієнт довіряє лікарю, успіх лікування гарантований. Якщо ні... Як без цього разом подолати хворобу? Розглянута проблема актуальна для всіх сфер охорони здоров'я. На сьогодні, медичні служби і лікарі розглядають і описують стосунки на основі довіри як «стратегічний маркетинговий інструмент».

Ефективна комунікація між лікарем та пацієнтом є найважливішим елементом лікувального процесу. «Довіра до лікаря – це позитивне динамічне ставлення пацієнта до лікаря, яке виражає очікування, засноване на попередньому досвіді, що лікар має здібності, навички та бажання якнайкраще допомогти пацієнту».

4. Розглянувши складні ситуації в лікуванні військовослужбовців, ми з'ясували, що кожен лікар у своїй практиці щодня стикається зі складними ситуаціями, оскільки спілкується з пацієнтами в різних психологічних станах, як правило, негативно емоційно забарвлених. У більшості випадків пацієнти вимушено звертаються до лікаря. Іноді, вони звертаються до лікаря після того, як їх примушують рідні чи друзі, продовжуючи сумніватися або заперечувати доцільність лікування. Всі пацієнти є особливими і кожен має широкий спектр психологічних та особистісних характеристик, а також поточний емоційний стан.

Робота з емоціями пацієнта вимагає від лікаря значних професійних комунікативних навичок. Це необхідно для встановлення терапевтичного альянсу з пацієнтом і залучення його до ефективної участі в лікувальному процесі. Лікар не може вирішити всі проблеми пацієнта, але він може і повинен з'ясувати, що його турбує фізично і психологічно, і допомогти йому максимально ефективно. Тому лікар повинен не тільки володіти спеціальними знаннями, а й уміло використовувати професійні комунікативні навички.

Під час лікування військовослужбовців лікарі можуть зіткнутися з різними проблемами, а фізичні травми ще більше посилюються психологічними травмами, що призводить до втрати ефективної комунікації. В кожній лікарні є психолог, але психолог не є асистентом лікаря і не завжди може супроводжувати кожну консультацію, тому, дуже важливо, щоб лікар мав психологічні навички та розуміння особливості психіки пацієнтів військовослужбовців.

Паула Доменічі, психолог і директор навчальних програм для цивільних центрів психології розвитку, зазначає, що очікування військовослужбовців щодо лікарів можуть відрізнятися від очікувань цивільних. При наданні психологічної допомоги лікарі повинні чітко визначити межі свого особистого статусу, конфіденційність та обговорити можливу стигматизацію та проблеми у стосунках «лікар-пацієнт».

Слід зазначити, що пацієнти неминуче емоційно та поведінково реагують на свої захворювання, тому лікарі повинні відповідним чином реагувати на ці реакції. Більшість лікарів інтуїтивно ефективно реагують на такі зміни. Однак деякі емоційні реакції або поведінка пацієнтів часто перевершують очікування багатьох лікарів, а іноді й діапазон прийнятних реакцій. Коли виникають такі несподівані ситуації, лікарі розуміють, що мають справу зі складним пацієнтом. І дуже важливо в такий момент пам'ятати лікарю, що він має справу з людиною, яка відчуває фізичні чи психологічні страждання.

5. Проаналізувавши наукові джерела та розкривши основні особливості встановлення міжособистісного контакту та довіри в діаді лікар-пацієнт, як чинника ефективного лікування пацієнтів, вважаємо доцільним надати психологічні рекомендації лікарю, як впоратись з емоційними проявами пацієнта військовослужбовця.

Нами було надано загальні рекомендації, а також по кожному типу пацієнтів окрема, зокрема: сердитий, злий або вороже налаштований пацієнт; тривожний пацієнт; іпохондричний пацієнт; депресивний, пригнічений або сумний пацієнт; розсіяний або неуважний пацієнт; маніпулятивний пацієнт; підозрілий пацієнт; мовчазний або замкнутий пацієнт; балакучий пацієнт та залежний пацієнт (для члена сім'ї або родича).

Кожний тип пацієнтів включав характеристику, можливі причини виникнення, рекомендації щодо комунікації та взаємодії в діаді лікар-пацієнт.

Зазначено, що дуже важливо вчасно розпізнати недоліки в професійній комунікації та бути готовим до змін. Таким чином, лікар можемо краще зрозуміти пацієнтів, а іноді і самого себе. Лікарі повинні навчитися та практикувати навички комунікації, щоб краще справлятися зі складними ситуаціями, які можуть виникнути в його щоденній практиці. На жаль, гнів, агресія, депресія і страх є невід'ємними проявами будь-якої хвороби. А своєчасне ефективне реагування на емоційний стан пацієнта може покращити процес лікування.

Гіпотези нашого дослідження, а саме: довіра в діаді лікар-пацієнт є чинником ефективного лікування військовослужбовців; розроблені нами психологічні рекомендації допоможуть легше та ефективніше зрозуміти емоційний стан хворого та встановити з ним довірливі взаємовідношення, що є важним чинником у воєнний час, повністю підтвердилися.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алгоритм спілкування студентів (лікарів) з пацієнтами: методичні рекомендації / Л.Я. Ковальчук, І.Р. Мисула, Н.Є. Лісничук та ін. Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. 40 с.
2. Барсукова М. І, Кочеткова Т. Н. Медичний дискурс: практика мовного спілкування. *Медицина у системі сучасних соціальних практик*, 2009. С. 220–248.
3. Бронікова С. Практики комунікативної культури в медичному закладі: пацієнт-центрований підхід: підручник; 2020. 69 С. URL: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/21027>
4. Василюк Н. М. Фази розвитку довіри в контексті соціально-психологічних трансформацій. *Актуальні питання сучасної психології* (м. Львів, 21–22 листопада 2014 р.). Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2014. С. 40–44.
5. Василюк Н.М. Соціально-психологічні чинники довіри громадян до працівників органів внутрішніх справ України: дис.... к.психол.н.: 19.00.05. Київ, 2016. 523 с.
6. Взаємовідносини лікаря та пацієнта – основа ефективного лікування / Ю. М. Степанов, І. М. Кононов, А. В. Латфуліна, Л. М. Шендрик. *Медична освіта*, № 1, 2011. С. 80-81. URL: [www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com) (дата звернення 10 вересня 2023)
7. Губеладзе І. Особливості функціонування психологічних механізмів трансформування соціальної ідентичності. *Практична психологія та соціальна робота*. 2012. № 9. С. 56–62.
8. Дейк Ван Т. А. Мова. Пізнання. Комунікація. Благовіщенськ: БГК ім. І. А. Бодуєна де Куртене, 2000. 308 с.

9. Дяченко Т. «Довіра — це фундамент побудови успішного лікувального процесу» — сімейні лікарки про важливість навичок на первинній ланці.

URL: [https://lb.ua/blog/tsl/564714\\_dovira\\_tse\\_fundament\\_pobudovi.html](https://lb.ua/blog/tsl/564714_dovira_tse_fundament_pobudovi.html)  
(дата звернення 23 червня 2023)

10. Етика спілкування як складова частина менеджменту в системі охорони здоров'я: навчально – методичний посібник для лікарів – інтернів та лікарів – курсантів / Рогач І. М., Шніцер Р.І., Качала Л. О., Погоріляк Р. Ю. Ужгород, 2010. 29 с.

11. Етичний кодекс лікаря України. *Новости медицины и фармации*. 2009. № 17 (291). С. 1-6.

12. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спис Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.; Київ, 2017. 208 с.

13. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.

14. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: бібліотека з освітньої політики / Бібік Н. М. та ін. / під заг. ред. О. В. Овчарук. Київ : К.І.С., 2004. 112 с.

15. Косенко Ю. В. Основи теорії мовної комунікації : навч. посіб. Суми : Сумський держ. ун-т, 2011. 187 с.

16. Кравець Н. М. Аналіз основних напрямків вивчення довіри як соціально- психологічного феномена. *Науковий вісник ЛДУВС*. Серія психологічна : зб. наук. праць ; гол. ред. М. Й. Варій. Львів : ЛьвДУВС, 2011. Вип. 1. С. 56–67.

17. Кузіна І.І. Довіра до політичних інститутів в Україні: концептуалізація феномену та фактори формування: дис....к.соц.н.: 22.00.04. Харків, 2015. 196 с.



18. Кушнерьова А. М. Завдання комунікації в діаді «лікар – пацієнт» кардіологічного профілю. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Hamilton, 2021. Vol. 43. P. 26–30.
19. Кушнерьова А.М. Особливості комунікації медичних працівників з пацієнтами кардіологічного профілю: дис.....к.п.н. 19.00.04. Київ, 2021. 227 с.
20. Литовченко В.П. Медичне інтерв'ю в системі стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими потребами. *Медичні перспективи*. Том XXVII. № 4. 2021. С. 239-249.
21. Малей М. Етичний кодекс лікаря України: крок до цивілізованої медицини. *Український медичний часопис*. 2009. № 6. С. 6-7.
22. Пелешук А.П. Етика взаємовідносин лікаря і хворого / А.П. Пелешук, Л.П. Мусієнко. Київ: Здоров'я, 1993. 89 с.
23. Псевдодовіра. URL: <https://studfile.net/preview/2495468/page:10/> (дата звернення 19 травня 2023)
24. Психологія впливу «Лікар-пацієнт». URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/psychologiya-vplyvu-likar-pacziyent/> (дата звернення 03 жовтня 2023)
25. Роберт Вітч. Сучасні підходи в комунікації "лікар – пацієнт". URL: <https://zdorovi.agency/blog/suchasni-pidhodi-v-komunikaciyi-likar-pacziyent/> (дата звернення листопад 2023)
26. Рогач І. М., Качала Л.О., Погоріляк Р. Ю. Морально – етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики. Ужгородського національного університету. Ужгород, 2010. 64 с.
27. Свінціцький А.С. Взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом як запорука ефективності здійснюваного лікування. *Медична етика*. Том 8, №4. С. 61-64
28. Синявський В.В., Сергеєнкова О.П. Психологічний словник / За ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.

29. Хаустова О. О., Степанова Н. М. Медико-психологічні заходи, спрямовані на покращення стану здоров'я пацієнтів з гострими та хронічними хворобами системи кровообігу (на моделі інфаркту міокарду та артеріальної гіпертензії). *Med-Anti Dging*. 2009. № 1. С. 83–92.
30. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с
31. Ясперс К. Загальна психопатологія /пер. з нем. Л. О. Акопяна, 1997. 1056 с.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p. URL:<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата звернення: 07.10.2023).
33. Azize Asanova, Olena Khaustova. Типові складні ситуації у взаємодії лікар- пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Том 3 № 3, 2018. С. 1-12
34. Becker C, Hunziker S. The importance of communication between physicians and patients. *Ther Umsch*. 2019;76(5). P. 231-238.
35. Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Isr J Health Policy Res*. 2020 Jun 30; 9(1). P. 33.
36. Biegański W. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej. Konin: Wydawnictwo «Przegląd Koniński», 1997. 75 s.
37. Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barker AM, Lavela SL, Hill JN, et al. How can healthcare organizations implement patient-centered care? *Examining a large-scale cultural transformation*. *BMC Health Serv Res*. 2018 Mar 7;18(1). P. 168.
38. Briere J. Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment / J. N. Briere, C. Scott. Second edition, DSM-5 update. University of Southern California, Keck School of Medicine, 2012. 428 p.

39. Dalaya M, Ishaquddin S, Ghadage M, Hatte G. An interesting review on soft skills and dental practice. *J Clin Diagn Res*. 2015 Mar;9(3). P. 19-21.
40. DeCamp M, Dukhanin V, Hebert LC, Himmel- rich S, Feeser S, Berkowitz SA. Patients' Views About Patient Engagement and Representation in Healthcare Go- vernance. *J Healthc Manag*. 2019 Sep-Oct;64(5). P. 332-346.
41. Domenici P. Military Patients: Recommendations for Treating *Service Members*. *The national register report*. 2016. URL: <https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/the-register-report-fall-2016/military-patients-recommendations-for-treating-service-members/> (дата звернення: 12.10.2023)
42. Erozkhan A. The Effect of Communication Skills and Interpersonal Problem Solving Skills on Social Self-Efficacy. *Educational sciences: theory & practice*. P. 239-745. URL: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1017303.pdf>2013 (дата звернення 29 вересня 2023)
43. Górnicki B. Kodeks sumienia współczesnego lekarza. *Gazeta Lekarska*. 1997. № 1 (72). S. 37-38.
44. Halpern J. Received from the Division of Health and Medical Sciences, University of California, Berkeley–Berkeley, Calif, 2003 Aug; 18(8): 670–674. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x
45. Handbook of Solution-Focused Brief Therapy: Clinical Applications. 1st Edition / Thorana S. Nelson, Frank N. Thomas, editors. Haworth press, 2007. 458 p.
46. Hashiyama DT, Mori N. Osler's nodes: dialogue with Sir William Osler. *QJM*. 2021 Nov 13;114(9):667-68. doi: [doi://doi.org/10.1093/qjmed/hcab139](https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab139)
47. Interna Szczeklika / pod red. P. Gajewskiego. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2018. 2688 s.
48. Lewicki R. J. Models of Interpersonal Trust Development: Theoretical Approaches, Empirical Evidence, and Future Directions / R. J. Lewicki, E. C. Tomlinson, N. Gillespie. *Journal of Management*. Vol. 10. P. 992– 1022.

49. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS. Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *J Clin Psychol.* 2011; 67(9). P. 942-968. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152687/> (дата звернення 3 листопада 2023)
50. Medinas-Amorós M, Montaña-Moreno JJ, Centeno-Flores MJ. 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. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3541098/> (дата звернення 29 вересня 2023)
51. Medycyna rodzinna / red.: J.B. Latkowski, W. Lukas, M. Godycki-Ćwirko. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2017. 1168 s.
52. Michael A. E. Ramsay. From the Department of Anesthesiology and Pain Management, Baylor University Medical Center, Dallas, Texas; and the Department of Anesthesiology and Pain Management, *The University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas.* 2001 Apr; 14(2). P. 138–139. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1291328/> (дата звернення 27 жовтня 2023)
53. Pomm HA, Shahady E, Pomm RM. The calmer approach: teaching learners six steps to serenity when dealing with difficult patients. *For the Office-based Teacher of Family Medicine.* 2004; P. 467- 469.
54. Smith AJE. Series: Communication in the dental practice. *Building a good dentist-patient relationship with communication.* Ned Tijdschr Tandheelkd. 2019 Jan;126(1):37-44.
55. Świącicki A. Współczesne spojrzenie na relacje lekarz-pacjent. *Wiadomości Lekarskie.* 2014. T. LXVII, № 4. S. 557-561.
56. Sztompka P. Trust, distrust and two paradoxes of democracy. *European Journal of Social Theory.* 1998. Vol. 1, Is. 1. P. 412.
57. Tosyalı H, Sütçü CS, Tosyalı F. Patient Loyalty in the Hospital Patient Relationship: *The Mediating Role of Social Media.* Erciyes İletişim Dergisi. 2019; 6(1):783-804. doi: <https://doi.org/10.17680/erciyesiletisim.454347>

58. Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med.* 2000; 172(2). P. 124-128. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070773/> (дата звернення 15 вересня 2023)

59. Ustrell-Torrent JM, Buxarrais-Estrada MR, Ustrell-Torrent Riutord-Sbert P. Ethical relationship in the dentist-patient interaction. *J Clin Exp Dent.* 2021 Jan 1;13(1). P. 61-66. doi: <https://doi.org/10.4317/jced.57597>

60. Walker HK, Hall WD, Hurst JW. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations.* 3-rd edition. Boston: Butterworths; 1990. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250045/> (дата звернення 17 жовтня 2023)

61. Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Gruber K. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Commun.* 2004. P. 363-384. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15265756/> (дата звернення 13 жовтня 2023)

62. Zulman DM, Haverfield MC, Shaw JG, Brown-Johnson CG, Schwartz R, Tierney AA, et al. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *JAMA.* 2020 Jan 7;323(1). P. 70-81. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.19003>