

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему: ПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ І  
ПАЦІЄНТА**

Виконала: студентка II курсу,  
групи 8.0530-з  
спеціальності: 053 Психологія  
освітньої програми: 053 Психологія  
Казарян Світлана Олександрівна  
Керівник: д.психол.н., професор кафедри  
психології Шевченко Н.Ф  
Рецензент: викладач Томченко М.А.

Запоріжжя

2021

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 р.

**ЗАВДАННЯ**  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

\_\_\_\_\_ Казарян Світлана Олександрівна

Тема роботи Психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта

керівник роботи Шевченко Н.Ф. д.психол.н., професор кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «30» липня 2021 року № 1137-с

2. Строк подання студентом роботи \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснення теоретичного аналізу проблеми взаємодії лікаря та пацієнта; здійснення теоретичного аналізу соціально-психологічних особливостей взаємодії в системі «лікар – пацієнт»; розробка моделі, що розкриває психологічну складову системи «лікар-пацієнт»; проведення емпіричного дослідження психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта як інтегрального утворення.

5. Перелік графічного матеріалу: 6 таблицями, 7 рисунками.

.

## 6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Шевченко Н.Ф., професор		
Розділ 1	Шевченко Н.Ф., професор		
Розділ 2	Шевченко Н.Ф., професор		
Розділ 3	Шевченко Н.Ф., професор		
Висновки	Шевченко Н.Ф., професор		

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2021 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2021 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2021 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2021 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	вересень 2021 р.	Виконано
6	Написання висновків	жовтень 2021 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2021 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2021 р.	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ С.О. Казарян

Керівник роботи \_\_\_\_\_ Н.Ф. Шевченко

**Нормоконтроль пройдено**

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

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 98 сторінок, 6 таблиць, 7 рисунків, 103 джерела.

Об'єкт дослідження – взаємодія лікаря і пацієнта.

Предмет – психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта.

Мета роботи: теоретично та емпірично дослідити психологічну складову взаємодії лікаря і пацієнта.

В основу дослідження покладено припущення про те, що психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта являє собою інтегральне утворення, що реалізується на когнітивному (рефлексивність суб'єктів), особистісному (особистісні якості суб'єктів) та поведінковому рівнях (суб'єкт-суб'єктна взаємодія).

Методи дослідження: теоретичні (теоретичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури); емпіричні (спостереження; бесіда; тестування)

Наукова новизна роботи полягає в тому, що: *розроблено* модель взаємодії лікаря і пацієнта, що розкриває її психологічну складову; *виявлено та досліджено* специфіку психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта як інтегрального утворення; *розширено, уточнено та доповнено* вивчення наступних особистісних утворень: рефлексивність, відповідальність, емпатія, особистісні цінності, комунікативні здібності; *набуло подальшого розвитку* вивчення феномену взаємодії в системі «лікар – пацієнт».

Отримані в результаті дослідження, можуть застосовуватися психологами-практиками, лікарями та пацієнтами складову взаємодії лікаря і пацієнта.

ЛІКАР, ПАЦІЄНТ, КОГНІТИВНИЙ РІВЕНЬ, РЕФЛЕКСИВНІСТЬ СУБ'ЄКТІВ, ОСОБИСТІСНИЙ РІВЕНЬ, ОСОБИСТІСНІ ЯКОСТІ СУБ'ЄКТІВ, ПОВЕДІНКОВИЙ РІВЕНЬ, СУБ'ЄКТ-СУБ'ЄКТНА ВЗАЄМОДІЯ.

## SAMMARY

Ghazaryan S.O. Psychological component of doctor-patient interaction

Master's qualification work: 98 pages, 6 tables, 7 figures, 103 sources.

The object of research is the interaction of doctor and patient.

Subject - the psychological component of the interaction of doctor and patient.

Purpose: to theoretically and empirically investigate the psychological component of the interaction between doctor and patient.

The study is based on the assumption that the psychological component of the interaction of doctor and patient is an integral formation, which is realized on the cognitive (reflexivity of subjects), personal (personal qualities of subjects) and behavioral levels (subject-subject interaction).

Research methods: theoretical (theoretical and comparative analysis of psychological and pedagogical literature); empirical (observation; conversation; testing)

The scientific novelty of the work is that: a model of interaction between doctor and patient is developed, which reveals its psychological component; identified and studied the specifics of the psychological component of the interaction of doctor and patient as an integral formation; the study of the following personal formations is expanded, clarified and supplemented: reflexivity, responsibility, empathy, personal values, communicative abilities; studied the phenomenon of interaction in the system "doctor - patient".

The results of the study can be used by practicing psychologists, doctors and patients as part of the interaction between doctor and patient.

DOCTOR, PATIENT, COGNITIVE LEVEL, REFLECTIVENESS OF  
SUBJECTS, PERSONAL LEVEL, PERSONAL QUALITIES OF SUBJECTS,  
BEHAVIORAL-BEHAVIORAL-BEHAVIORAL BEHAVIOR.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА.....	10
1.1 Теоретичні основи класичної моделі лікарської діяльності. ....	10
1.2 Психологічні особливості професійної діяльності лікаря .....	19
1.3 Складові психологічної моделі лікарської діяльності.....	26
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА .....	33
2.1 Соціально-психологічні особливості взаємодії лікаря з пацієнтом.....	33
2.2 Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта .....	53
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА.....	58
3.1 Організація та методичне забезпечення дослідження .....	58
3.2. Результати дослідження когнітивного рівня психологічної складової взаємодії лікаря та пацієнта.....	67
3.3. Особистісний рівень взаємодії суб'єктів лікувальної діяльності .....	70
3.3.1. Вивчення особистісно-професійних якостей лікарів.....	70
3.3.2. Вивчення особистісних якостей пацієнтів.....	75
3.4. Аналіз поведінкового рівня взаємодії суб'єктів лікувальної діяльності..	83
3.5. Узагальнені результати дослідження.....	86
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	94

## ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна лікарська практика, як вітчизняна, так і світова, переконливо доводить, що успішність самого процесу профілактики та лікування не може бути забезпечена тільки лікарським рівнем підготовки фахівця. Сучасні дослідження показують, що практично у всіх галузях медицини диференціюється психологічна складова, яка проявляється як в етіології, так і в патогенезі захворювань. Водночас, досить часто замість особистості лікар бачить перед собою об'єкт впливу, а процес лікування алгоритмізується.

Актуальним завданням сьогодення є удосконалення взаємодії лікаря та пацієнта шляхом зміщення акценту з монологічної «суб'єкт-об'єктної» на діалогічну «суб'єкт-суб'єктну» взаємодію, впровадження підходу до лікувального процесу, центрованого на пацієнті, забезпечення зворотного зв'язку, формування зони довірчого спілкування, що налаштовує на взаєморозуміння, вселяє віру пацієнта як в лікаря, так і у внутрішні резерви свого психічного та фізичного «Я».

Вивчення особистості практикуючого лікаря було предметом дослідження медичної психології (В.А. Аверін, В.М. Банщиків, І.Ф. Дьяконов, М.С. Лебединський, С.Д. Максименко, В.М. Мясичев, А.В. Петровський, К.К. Платонов, Г.К. Ушаков, М.Г. Ярошевський та ін.). У цих працях підкреслюється, що для успішної організації лікувального процесу та створення оптимальних відносин у системі «лікар – хворий» важливим і актуальним є розуміння особистості хворого, вивчення особливостей професійної діяльності лікаря, його особистісних та професійних якостей, способів вдосконалення професійної діяльності.

Крім того, досліджувалися окремі аспекти становлення медичного працівника в процесі виконання ним професійних обов'язків, а саме: проблеми психології взаємин лікаря і хворого (Л.Ф. Бурлачук, І.Є. Вольперт,

І.В. Кахно, Н.В. Курильова, Л.В. Лимар, В.К. Мудріцька та ін.); емпатія як професійно важлива якість лікаря (О.Ю. Богачова, С.В. Мітіна); специфіка формування професійної компетентності (М.Р. Мруга), мовлення (М.І. Лісовий) та професійно-етичної культури (А.О. Агаркова). Водночас, аналіз літератури засвідчив дефіцит наукових праць, в яких би досліджувалася психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта як цілісного утворення.

Отже, соціальна значущість проблеми та її недостатнє вивчення зумовили вибір теми дослідження: «Психологічна складова взаємодії лікаря та пацієнта».

Об'єкт дослідження – взаємодія лікаря і пацієнта.

Предмет – психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта.

Мета роботи: теоретично та емпірично дослідити психологічну складову взаємодії лікаря і пацієнта.

В основу дослідження покладено припущення про те, що психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта являє собою інтегральне утворення, що реалізується на когнітивному (рефлексивність суб'єктів), особистісному (особистісні якості суб'єктів) та поведінковому рівнях (суб'єкт-суб'єктна взаємодія).

Завдання дослідження:

1. Здійснення теоретичного аналізу проблеми взаємодії лікаря та пацієнта.
2. Здійснення теоретичного аналізу соціально-психологічних особливостей взаємодії в системі «лікар – пацієнт».
3. Розробка моделі, що розкриває психологічну складову системи «лікар-пацієнт».
4. Проведення емпіричного дослідження психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта як інтегрального утворення.



Методи дослідження:

- теоретичні: аналізу, синтезу, узагальнення (аналіз і синтез літератури з обраної проблеми, синтез і узагальнення отриманих результатів);
- емпіричні: психодіагностичні методики для дослідження компонентів психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта;
- математико-статистичні методи обробки експериментальних даних на базі пакету статистичних програм IBM SPSS-20: кількісний і якісний аналіз результатів дослідження, описова статистика (обчислення середніх значень, знаходження процентного розподілу), метод кореляції за Спірменом.

Для перевірки гіпотези було обрано такі методики дослідження:

- «Методика діагностики рівня рефлексивності» (авт. А.В. Карпов);
- «Рівень суб'єктивного контролю» (авт. Є. Бажин, С. Голикіна, О. Еткінд);
- «Особистісні чинники прийняття рішень» (ЛФР-25) (авт. Т.В. Корнілова)
- «Методика діагностики ціннісних орієнтацій» (авт. М. Рокіч);
- «Опитувальник вольових якостей особистості» (авт. М. В. Чумаков);
- «Шкала толерантності до невизначеності» (авт. Д. Маклейн; адапт. О.Г. Луковицька);
- «Орієнтаційні стилі професійно-діяльнісного спілкування» (авт. О.В. Морозов).

Теоретико-методологічну основу дослідження склали засади вивчення особистості як активного суб'єкта діяльності (Г.О. Балл, Є.О. Климов, О.М. Леонтьєв, С.Л. Рубінштейн та ін.), положення про психологічні особливості професіоналізації лікаря (Л.Ф. Бурлачук, І.С. Вітенко, Н.М. Пейсахов, К.К. Платонов та ін.), дослідження вітчизняних та зарубіжних науковців з проблеми взаємодії лікаря та пацієнта (О.Ю. Богачова, Л.Ф. Бурлачук, І.Є. Вольперт, І.В. Кахно, Н.В. Курильова, М.І. Лісовий, Л.В. Лимар, С.В. Мітіна, В.К. Мудріцька).

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта проводилося на базі КНП «Міська лікарня №6» м. Запоріжжя. В дослідженні взяли участь 32 лікаря і 33 пацієнта, що перебували на стаціонарному лікуванні.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягають у тому, що:

- розроблено модель взаємодії лікаря і пацієнта, що розкриває її психологічну складову;
- виявлено та досліджено специфіку психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта як інтегрального утворення;
- розширено, уточнено та доповнено вивчення наступних особистісних утворень: рефлексивність, відповідальність, емпатія, особистісні цінності, комунікативні здібності;
- набуло подальшого розвитку вивчення феномену взаємодії в системі «лікар – пацієнт».

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи – 103 сторінки. Робота проілюстрована 6 таблицями, 7 рисунками. Бібліографічний список складається з 102 найменувань, 7 з яких іноземною мовою.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА

### 1.1. Теоретичні основи класичної моделі лікарської діяльності

Інтерес дослідників до образу лікаря має філософські підстави. Філософському обґрунтуванню соціокультурної обумовленості образу лікаря присвячено дослідження Т.А. Ковеліної [30]. На думку дослідниці, образ лікаря висловлює певні ментальні уявлення про реалії і максими лікарської професії, його соціальний статус і культурне призначення.

У філософській ретроспективі Гіппократ і Платон були першими, хто осмислював образ лікаря, зміст якого становили духовно-моральні принципи: у Гіппократа – принцип милосердя, у Платона – принцип справедливості. У середньовіччі образ лікаря будувався на основі принципу теоцентризма (розуміння Бога як абсолютного, досконалого, найвищого буття, джерела всього життя і будь-якого блага), де лікування душі було пріоритетним над тілесним. У ранньому середньовіччі образ лікаря трансформувався в образ духовного цілителя (А. Аврелій, Ф. Аквінський). Діяльність лікаря визнавалася як особливий божественний дар і мала морально-професійні підстави (Авіценна).

У філософії Відродження, згідно з Парацельсом, ідеальний образ лікаря коренився в філософсько-етичному принципі «не нашкодь», а Е; Роттердамський описувався реалістичний образ лікаря. Належний образ лікаря (деонтологічний) розкривався в роботах філософів І. Канта, Ф. Бекона, Дж. Локка, Ж.Ж. Руссо, літераторів – Ф. Рабле, Мольєра та ін., художників – Рембрандта та ін. В епоху новоевропейської культури також проводився аналіз реального (реалістичного) образу лікаря.

У ХХ столітті філософсько-культурологічний ракурс образу лікаря розкрито в роботах Ф. Ніцше, Е. Фромма, М. Фуко та ін. [30].

У роботах зарубіжних дослідників аналізуються соціально-філософські та етичні аспекти лікарської професії в контексті проблем медицини. Важливими для нашого дослідження є праці Б. Лауна [37], К. Дернера [17], Е. Водолазкіна [12] і ін.

Соціокультурний аналіз процесу лікування і образу лікаря сьогодні досить широко представлений у філософській, науковій і науково-публіцистичній літературі. (Л. Пейер [98], О.І. Кіріленко [28], Н.О. Магазанік [45], В.Л. Лехцієр [40] і ін.).

Духовно-моральні риси образу лікаря розкриваються в дослідженнях з медичної етики і деонтології (О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, Н.М. Герасимчук [29], Ю.М. Казаков, С.І. Треумова, В.П. Боряк та ін. [16], Н.В. Спиця [77]).

У роботах з соціології медицини аналізуються особливості лікарської професії, її соціальні ролі, що дає можливість пояснити соціальні ознаки образу лікаря і його місце в соціальній системі [15, 20, 21, 27, 57, 64].

У ХХ столітті традиційним стало вивчення цілісного образу лікаря (З. Фройд, К. Юнг, К. Ясперс, І. Ялом, С. Гроф, Р. Мей, К. Роджерс та ін.). Сьогодні дослідження особистості лікаря, його професійної ідентичності.

Професія лікаря багатогранна, вона порівнюється зі свободою, відповідальністю, довірою тощо. Її багатовимірність реєструється багатством охоплених феноменів – життя, смерть, хвороба, здоров'я. Професія «лікар» – культурно-історичне явище. Як особливого роду діяльність вона характеризує сам процес праці, робоче місце і самого працівника, будучи при цьому невід'ємною «частиною» людини, її якістю.

Разом з І.Л. Андрєєвим і А.Ю. Березанцевим ми розуміємо лікування як мистецтво бачити сутність хворобливих феноменів через їх переломлення в суб'єктивному досвіді лікаря шляхом їх кристалізації в діагностичне судження – поза рамок недосконалих медичних класифікацій [5].

Серед найважливіших характеристик лікарської професії – особистість лікаря і наявність особистісного рівня в професійній діяльності. Особистісний рівень інтегрує такі здібності і якості, як автономія, авторитетність, відповідальність, рефлексивність. Специфіка лікарської діяльності формує такий суб'єктний параметр, як клінічне мислення.

До образу лікаря входить покликання як єдність природних здібностей і суб'єктивних пізнавальних інтересів лікаря до своєї професії, результат повної самореалізації його індивідуальності і творчих можливостей. Покликання об'єктивується і актуалізується практикою. Покликання вкорінене в процесі соціалізації і культурному досвіді особистості [67].

З історії медицини відома еволюційна типологія лікування, яка досить повно представлена в роботах П.Д. Тищенко [85, 86] та його співавторів. Згідно з авторським поглядом, в історії медицини існувало чотири форми і моделі взаємин лікаря і пацієнта. Дамо коротку характеристику цих моделей.

Модель Гіппократа («не нашкодь»), де закладені принципи лікарської етики. У актуальній до теперішнього часу «Клятві» Гіппократ сформулював основні обов'язки лікаря перед пацієнтом. «Клятва» Гіппократа стала еталоном створення численних етичних медичних документів.

Модель Парацельса («роби добро») конструюється на соціальній довірі пацієнта і принципі патерналізму від лат. «Pater – батько» (емоційний і духовний контакт лікаря з пацієнтом, на основі якого і будується весь лікувальний процес).

Деонтологічна модель від грец. «Deontos – належне» (принцип «дотримання боргу»), висхідна до етики І. Канта [25], в основі якої лежить принцип дотримання боргу, лікарської максими, кодекс честі, який повинен суворо виконуватися в медичному професійному співтоваристві.

Біоетична модель (принцип «поваги прав і гідності людини») корениться в дотриманні прав і волі пацієнта як особистості, дотримання етичних принципів взаємини лікаря і пацієнта [85, 86].

Для опису різних типів взаємини між медичними працівниками та пацієнтами американський фахівець з біоетики Р. Вітч [11] виділяє чотири моделі взаємовідносин, які можуть скластися між лікарем і хворим:

- «Технічна» (інженерна) модель. Основні її тези: пацієнт є безособовий механізм для лікаря, тому завдання лікаря – виправлення відхилень у ньому. Лікар виконує лише технічні функції. Інструментарій лікаря – біохімічні, біофізичні, рентгенологічні та інші (непсихологічні) методи діагностики. Пацієнт не бере участі в обговоренні процесу лікування.

- «Патерналістська» модель будується за типом батька і дитини, священика і прихожанина, наставника і підопічного. Принципи відносини до пацієнта – любов, милосердя, турбота, благодіяння і справедливість. Ця модель є прообразом медичної моделі лікування.

- «Колегіальна» модель базується на колегіальному типі взаємин; головну роль тут відіграє довіра між пацієнтом і лікарем. За Р. Вітчем, в такій моделі відносин панує принцип рівноправності. Лікар повідомляє правдиву інформацію про діагноз, методи лікування, можливі ускладнення і наслідки захворювання. Пацієнт бере участь в обговоренні цієї інформації. Тут реалізується право пацієнта на свободу вибору. Така гармонія у відносинах між лікарем і пацієнтом швидше виняток з правила. На процес лікування негативно можуть впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Ефективність колегіальної моделі, на думку науковця, проявляється особливо добре при хронічних захворюваннях.

- «Контрактний» модель базується на принципі суспільного договору між лікарем і пацієнтом, лікувальним закладом і страховою компанією.

З метою вивчення психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта нам було принципово важливо глибоко проаналізувати типологію моделей лікування П.Д. Тищенко [85, 86], яка підкреслює, що ідея лікування в сучасному світі якісно ускладнюється. Відповідно до цієї типології, виділяється три моделі лікування – медична, соціальна і екзистенціальна.

Згідно з П.Д. Тищенком, медична модель – це класична модель медичної діяльності, в рамках якої самоідентичність лікарів (як суб'єктів дії) і пацієнтів (в якості об'єктів лікування) досить повно розкривається в світлі монодисциплінарного медичного знання. Вона базується на принципі патерналізму (тип відносин «батько – дитина»), на який у вітчизняній медицині орієнтується основна маса лікарів.

Н.О. Магазанник [45] зауважив, що необхідність переходу від традиційної моделі до визнання автономності особистості пацієнта, до співпраці, діалогу з ним викликана новими віяннями в системі охорони здоров'я: приватна і страхова медицина, нові медичні технології, зростаючий освітній рівень населення, вимоги автономії хворого тощо. Суть медичної (патерналістської) моделі в найзагальнішому вигляді зводиться до того, що лікар не тільки приймає на себе обов'язок діяти, виходячи з блага пацієнта, а й самостійно вирішує, в чому саме це благо полягає. У виключній компетенції лікаря виявляється питання і про те, якою мірою і в яких аспектах пацієнт може отримати достовірну інформацію про свій стан, про стратегію, тактику і перспективи лікування.

У медичній моделі, як вважає П.Д. Тищенко [86], в наявності класична опозиція суб'єкта і об'єкта, яка задає уявлення про лікарські дії як маніпуляції з зовнішнім об'єктом. Традиційна біологічно орієнтована логіка медичної моделі лікування залишається домінуючою в сучасній медицині. Однак, будучи ефективною в ситуації гострого захворювання, вона виявляється неспроможною, на думку науковця, в ситуації хронічного захворювання, а також в реабілітаційний і відновний період.

Багато в чому медичній моделі лікування сприяє наявність ринкової культури і економічна свідомість лікаря. Високий професіоналізм, знання новітніх досягнень медичної науки і практики, вміння їх застосовувати в конкретному випадку – це ті основні риси лікаря, які потрібні в ринковій культурі. Перетворення медичної допомоги в послугу прирівнює цю діяльність до товару, їй також властиві купівельні ризики, лікар повинен

знаходити попит на свої послуги, повинен навчитися пропонувати себе як фахівець на ринку послуг. Його успіх буде залежати від комерційного розрахунку. Це нова характеристика лікаря, яка відображає вміння зіставляти вкладені витрати на надання медичної послуги з її результатами. У ринковій культурі лікар мотивований також на кар'єрне зростання, що породжує зацікавленість в більшій кількості хворих [30].

Цікавим представляється проведений Н.О. Магазаник [45] аналіз сучасної практики як складної диференційованої системи, в якій лікар і пацієнт можуть перебувати в різних формах соціальної взаємодії. Кожна з цих форм відображає певні традиції лікування. Відносини лікаря і хворого визначаються складними протиріччями між здоров'ям і хворобою, а також соціальними та психологічними умовами, в яких ці протиріччя долаються. У зв'язку з цим соціальні ролі лікаря і пацієнта в різних культурах і суспільствах соціокультурно обумовлені, що дозволяє говорити про різні моделі лікування.

У своїй типології П.Д. Тищенко [86] також виділяє екзистенціальну модель лікування. В її рамках виникають питання про те, як людина може зберегти свою самоідентичність перед обличчям смерті, а також про те, що є турбота про смерть. У цій моделі лікування предметом стає турбота про максимально можливе продовження життя. На перший план виступає надання психологічної допомоги хворому і формування у нього відповідальності за своє здоров'я і поведінку. Основним завданням надання медико-психологічної допомоги стає забезпечення гідного для людини процесу вмирання.

У класифікації моделей лікування за П.Д. Тіщенком [86] також виділяється соціальна модель лікування, яка коріниться в досвіді надання допомоги хворим в ситуації хронічного захворювання, де важливу роль відіграє реабілітаційний період. У реабілітаційному процесі пацієнт починає відігравати головну роль, оскільки краще за лікаря знає про власні переваги і пріоритети, професійні орієнтації і звички. Лікар, виходячи з можливостей



пацієнта, рекомендує йому кращий спосіб життя, дієту, фізичні навантаження тощо. Однак лікар сам не в змозі змінити спосіб життя пацієнта так, як він сам може змінити і нормалізувати до певних меж порушення в організмі. Отже, основною діючою фігурою в реабілітаційному процесі стає пацієнт, тому що саме від його готовності змінити спосіб життя, волі і цілеспрямованості, від уміння ефективно співпрацювати з лікарем залежить успіх лікування.

На значущість і ключову роль діалогу і психологічного фактора в процесі лікування звертає увагу Н.О. Магазаник. На думку науковця, в лікувальному процесі завжди беруть участь двоє: хворий і лікар. На перший погляд, зустріч лікаря і пацієнта зводиться до того, що хворий викладає свої скарги, а лікар ставить запитання і обстежує хворого, іноді виконуючи лікувальні маніпуляції. Насправді ця зустріч насичена великим емоційним змістом. Навіть якщо для лікаря кожен новий хворий – всього лише чергова ланка в нескінченному ланцюзі його рутинної роботи, то для хворого лікар є особливою фігурою, від якої залежить його благополуччя і з яким пов'язані його надії. Тому хворий пильно вдивляється в свого лікаря, оцінює його зовнішність, зауважує всі деталі його поведінки, жадібно запам'ятовує всі його слова, навіть найнезначніші. Звертаючись до лікаря, хворий чекає не тільки лікувальних процедур, а й психологічної допомоги. Тому в своїй роботі лікар повинен враховувати серед іншого також і внутрішній світ кожного свого пацієнта. У цій сфері лікарської діяльності єдиними помічниками залишаються такі людські властивості, як доброта, співчуття, співчуття, кмітливість і делікатність [45].

Російська дослідниця С.І. Філіпченкова [88] здійснила критичний аналіз існуючих моделей лікування. Вчена наголошує на необхідності розробки психологічної моделі лікування як взаємодії в системі «лікар-пацієнт», в проекції інструментів психології праці, що вибудовує взаємини лікаря і пацієнта.

Психологічна модель має базуватися на суб'єкт-суб'єктному підході. Лікар повинен спиратися на автономію та уявлення самого пацієнта про те, що є благом для нього, а точніше – вирішувати це питання в діалозі з ним, не розглядаючи власні уявлення як єдино правильні. По-іншому при цьому вирішується і питання про інформування пацієнта. Якщо в класичній (медичній, патерналістській) моделі інформування ставиться в залежність від доброї волі або бажання лікаря, то в даному випадку виступає як його обов'язок, відповідно отримання інформації стає правом пацієнта знати про всі існуючі способи лікування його захворювання і про ризик, пов'язаний з кожним з них. Тобто, право вибору і відповідальність вже не зосереджуються цілком в руках лікаря, а розподіляються між ним і пацієнтом.

Психологічна модель лікування має інтегрувати в собі, на думку С.І. Філіпченкової [88], більшість принципів, характерних для біоетичної ситуації [7, 16]. Захист прав пацієнта в психологічній моделі лікування проявляється в: наданні хворому повної інформації про його захворюванні; в утвердженні права на самовизначення пацієнта, на вибір медичного втручання, згідно з його розумінням і уявленням; в обов'язку лікаря реалізувати вибір хворого, з послідовним інформуванням його про хід і результати діагностичних процедур і лікування.

Роль лікаря в системі взаємовідносин по типу «суб'єкт-суб'єктна взаємодія» полягає у вирішенні наступних завдань: підготовка і подача інформації, яка повинна допомогти пацієнтові прийняти вірне рішення і при цьому бути вільною від елементів примусу і маніпуляції; визнання автономного рішення пацієнта; сумлінне здійснення лікування, обраного пацієнтом.

Інформована згода на здійснення лікувального процесу направлена на подолання нав'язування пацієнтові волі і уявлень лікаря про метод лікування та захист пацієнта від експериментальних намірів фахівця [73]. Інформаційна модель, що відображає сучасну спеціалізованість медичного знання, передбачає надання інформації високопрофесійної якості. Інформована згода

реалізує принцип автономії хворого, підкреслюючи не тільки певний правовий статус пацієнта, в межах якого повинно здійснюватися лікування, але і право пацієнта на рішення, що відповідає його власним цінностям і уявленням про життя і смерть.

Психологічна модель лікування передбачає рівноправне партнерство в діалозі «лікар-хворий». Тим самим підвищується і відповідальність пацієнта в прийнятті рішення про лікування, профілактики захворювання, медичної реабілітації. У вирішенні назрілих моральних проблем у взаєминах лікаря і пацієнта головну роль буде грати дух моральної відповідальності сторін, який залежить від вибору відповідної моделі відносин лікаря і пацієнта.

У міждисциплінарних дослідженнях диференціюються комунікативні (інтерактивні) моделі в стосунках «лікар-пацієнт», які яскраво демонструють присутність психологічної складової у професійній діяльності лікаря. Ними займалися такі дослідники, як Д. Клемперер [97], С.Г. Стеценко [78], І.В. Кахно [27], Г. Науменко [60], О.В. Виноградова [66] та інші. Їх дослідження присвячені відображенню лікарського мислення через особливості термінологічного поля професійної мови.

У психолінгвістиці виділяються патерналістська (лікар дає вказівку хворому вчинити саме так, а не інакше); інформативна / лібералізаційна (лікар повідомляє хворому інформацію про захворювання, залишаючи за пацієнтом право вибору конкретного методу лікування); технологічна (лікар і хворий орієнтуються на свідчення діагностичної апаратури); інтерпретаційна (лікар розмовляє з хворим, роз'яснюючи суть захворювання пацієнта), консультативна (лікар діє як друг або вчитель, залучаючи пацієнта до діалогу для виявлення кращого способу дії) моделі комунікації «лікар-пацієнт» [66].

Серед висновків фахівців з психолінгвістики наступні: розуміння лікарем специфіки проблеми комунікації «лікар-пацієнт» і готовність до її вирішення є однією із заporук успіху його професійної діяльності, основна мета якої – допомогти фізично і психологічно пацієнту.

Отже, аналіз наявних моделей лікування показує, що медична модель – це класична модель медичної діяльності, в рамках якої самоідентичність лікарів (як суб'єктів дії) і пацієнтів (в якості об'єктів лікування) розкривається в світлі медичного знання. Лікар виступає в якості суб'єкта, пацієнт – в ролі об'єкта лікування. Між лікарем та пацієнтом зазвичай вибудовується патерналістський тип взаємин. Цей тип взаємин не враховує психологічних особливостей пацієнта, його ціннісних пріоритетів тощо.

У вітчизняній медицині, як показують соціально-психологічні дослідження останніх років [10, 15, 19, 21], значна частина лікарів у професійній діяльності орієнтована на класичний образ лікаря, дотримується патерналістського типу взаємин з пацієнтами, що виключає психологічний фактор. Наявні практики лікувальної діяльності показують, що, будучи ефективною в ситуації гострого захворювання, класична медична модель лікування виявляється не ефективною в ситуації хронічного захворювання, а також для профілактичного та реабілітаційного періодів.

## **1.2. Психологічні особливості професійної діяльності лікаря**

В освітніх медичних стандартах виділяються загальні (універсальні, ключові) і професійні (предметно-спеціалізовані) компетенції. До кінцевих результатів процесу освіти в медичному закладі вищої освіти відносять такі компетенції, як: ціннісно-сміслові, загальнокультурні, навчально-пізнавальні, інформаційні, комунікативні соціально-трудова компетенції, компетенції особистісного самовдосконалення. Нові вимоги до медичного фахівця ініціюють розширення психологічної освіти в процесі професіоналізації: формування рефлексивної свідомості, толерантності до невизначеності, розвиток комунікативних якостей, формування професійної ідентичності, автономії і смисложиттєвих орієнтацій. Ці індивідуальні та

суб'єктні якості мають лежати в основі психологічної моделі взаємодії лікаря і пацієнта в лікувальній діяльності.

В психології праці на теперішній момент існує два основних напрямки розробки принципів і методів психологічного аналізу професійної діяльності. Представниками першого напрямку є Б.Г. Ананьєв, Н.О. Бернштейн, М.Д. Левітов та інші. Науковці працювали над складанням докладних описів і психофізіологічним аналізом окремих професій. Дані опису сприяють вирішенню завдань психотехніки: профвідбору, професійного консультування, раціоналізації робочого місця, професійного навчання.

Завданням другого напрямку аналізу професійної діяльності є складання психологічної класифікації професій. В цьому напрямку працювали О.Ф. Лазурский, М.Я. Басов і інші. Термін «психограма» був введений на початку ХХ ст. німецьким психологом В. Штерном, який розробив методику складання узагальненого психологічного портрета конкретної особистості. Таким чином, професіографія – це специфічний підхід до вивчення професійної діяльності, що представляє собою описово-технічну і психофізіологічну характеристику різних видів діяльності. Аналіз і опис проводиться відповідно до певних вимог, до яких відносяться: психологічна адекватність опису, повне психологічне відображення дійсності в описі і конструктивний опис діяльності. Психологія праці при розробці конкретної професіограми пропонує численні і різноманітні схеми описи професій. Залежно від поставлених дослідником цілей професіографія має свої специфічні особливості в кожному конкретному випадку. Ці особливості можуть виявлятися у використанні різних програм методів вивчення професії, у виборі конкретних характеристик професії при вивченні, в формі подання матеріалу. У фокусі нашої уваги – аналіз професіограми, яка дозволяє досліджувати професійно-важливі якості лікаря як суб'єкта праці.

Проведений аналіз психологічних особливостей професійної діяльності лікаря як суб'єкта діяльності дозволив виділити її специфіку.

Професійна праця лікаря характеризується високою емоційною навантаженістю, яка може породжувати виникнення емоційних бар'єрів в міжособистісному спілкуванні. У побудованій А.С. Шафрановою класифікації професій на основі отриманих даних до особливої групи виділено професії, пов'язані з галуззю мистецтва, освіти і постійного спілкування з людьми, на підставі «переважаючої присутності творчого начала». До цієї групи включені педагоги, лікарі, інженери, психологи, вихователі, працівники поліції, обслуговуючий персонал залізниць і аерофлоту. Цій групі дається назва «професії вищого типу» за ознакою «необхідності позаурочної роботи над предметом і собою». Професії середнього (ремісничого) типу мають на увазі роботу тільки над предметом, а професії нижчого типу після навчання не вимагають роботи ні над собою, ні над предметом. Подібна підстава значною мірою підходить для визначення суб'єктивного вкладу індивідів в професійне заняття в залежності від того, чи працюють вони над собою і (або) над предметом чи ні, і тим самим для психологічної діагностики можливості просування в професії. Аналіз показав, що група вищих професій абсолютно особлива.

Російська дослідниця С.І. Филипченкова [88] визначає наступні особливості професійної діяльності медичних працівників:

- робота лікаря може бути охарактеризована як завжди нова, низка моментів абсолютно недоступна зовнішньому спостереженню і обліку, а доступні моменти вимагають особливого психологічного аналізу;
- властивості продукту діяльності, тобто спілкування з партнером (пацієнтом або колегою по роботі), визначаються характером і властивостями самого виконавця, причому кожен створює індивідуальну цінність цього продукту праці;
- необхідність шляхом спеціальної підготовки розвивати до досконалості психічні та фізичні особливості;

- наявність особливих емоцій, які є наслідком професійної діяльності: переважно через високу участь вольового стимулу і постійну активну роботу свідомості; складність комплексу робочих дій.

Міжособистісні відносини в професійній діяльності медичних працівників розглядаються як «суб'єкт-суб'єктні». Суб'єкт-суб'єктні відносини включають в себе не тільки відносини з іншою людиною, а й ставлення людини до самої себе, тобто самоставлення. Ідеї про специфічність суб'єкт-суб'єктних відносин розвинені в роботах Б.Ф. Ломова [43]. Науковець зазначав, що специфіка спілкування, на відміну від будь-яких інших видів взаємодії, як раз і полягає в тому, що в ньому розкриваються психологічні якості людей.

В.М. Мясищев суб'єкт-суб'єктні відносини розглядав як «ставлення до інших людей». науковець виділяв: 1) особливий вид етичного ставлення до іншої людини – повага (в позитивному випадку) і зневага або презирство (в протилежному випадку), і 2) відносини «керівництва і виконання або підпорядкування».

Учасник суб'єкт-суб'єктного типу спілкування стоїть перед двома завданнями: з одного боку – зрозуміти партнера, вникнути в його внутрішній світ і побачити його «яким він є справді»; з іншого боку, він прагне бути адекватно зрозумілим з боку партнера спілкування. Особистість, яка суб'єкт-суб'єктним чином ставиться до іншого, прагне, щоб і до неї ставилися тим же способом. На цій основі вона пускає в хід не тільки особливі акти розуміння внутрішнього світу іншого, а й акти саморозуміння.

Емоційний компонент суб'єкт-суб'єктної установки щодо іншої людини визначається тим, що основним емоційним процесом, супутнім інтерсуб'єктному міжособистісному спілкуванню, є емпатія, співчуття, співпереживання, емоційний резонанс тощо. Емпатичних міжособистісних взаємин ґрунтуються на почутті тотожності з іншим, взаємної міжособистісної ідентифікації

Професіографія покликана шляхом об'єктивного дослідження розкрити всю складність професії, виявити її змістовні та структурні особливості, встановити все різноманіття взаємин особистості фахівця з предметами, засобами і продуктами праці, з оточуючими людьми, з цілою низкою специфічних явищ, які супроводжують трудовий процес; розкрити властиву фахівцю напругу різних психічних функцій і на підставі цього визначити повну сукупність вимог до людини як суб'єкта відповідної професійної діяльності, які знаходять своє відображення в професіограмі.

Аналіз літератури, документів, посадових інструкцій, спостереження за співробітниками в процесі здійснення діяльності дозволив розробити професіограму діяльності лікаря [17, 67, 78, 89, 91].

Професійна діяльність лікаря спрямована на збереження і зміцнення здоров'я населення, надання медичної допомоги хворим, їх лікування та якнайшвидше відновлення працездатності. До числа цих заходів відносяться: лікувально-профілактичні, протиепідемічні, санітарно-епідеміологічний нагляд.

Мета праці – медична діяльність, спрямована на попередження хвороб, порятунок життя людини і позбавлення її від страждань або полегшення їх, є безпосереднім втіленням гуманістичних ідей: медична діяльність покликана служити здоров'ю і щастю людей. Протягом всієї історії медицини вироблялися гуманістичні принципи та імперативи, згідно з якими особи медичної професії не мають права завдавати шкоди здоров'ю людини, прирікати хворого на загибель, використовувати тяжке становище пацієнта з метою збагачення.

Об'єктом діяльності лікаря є пацієнт (хворий – людина, якій необхідна медична допомога), а предметом праці є життя і здоров'я людини.

Засобами праці лікаря є спеціалізована медична апаратура та інструментарій.

Продуктом праці є відновлення працездатності і нормального функціонування життєво-важливих органів і систем пацієнта.



Основними формами медичної діяльності є послуги, що виконуються при здійсненні долікарської, амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної високотехнологічної медичної допомоги, порядок організації яких визначається Міністерством охорони здоров'я.

Вимоги до професійної підготовки фахівця – наявність медичної освіти, знань, умінь і навичок, необхідних для виконання своїх обов'язків, володіння основами психології, знання основ професійної етики і деонтології.

*Розглянемо вимоги до індивідуальних особливостей фахівця.*

*Особистісний компонент діяльності:* фізичне і психічне здоров'я, емпатія, чіткі моральні принципи: чесність, сумлінність, емоційна стійкість, справедливість, відповідальність, дисциплінованість, сміливість, рішучість, наполегливість, самовладання, відсутність агресивності.

*Сенсорно-перцептивний компонент:* витривалість, координація рухів, спритність, швидкість і точність сенсомоторних реакцій, точний динамічний і статичний окомір, точність відчуття кольору, швидкість і точність визначення швидкісних і просторових відносин, почуття часу, достатній обсяг уваги, вміння розподіляти і переключати увагу, її вибірковість і стійкість, спостережливість як вміння помічати незначні зміни в об'єкті, вибирати при спостереженні дані, необхідні для вирішення конкретного завдання.

*Інтелектуальний компонент:* здатність прогнозувати хід подій, знаходити кілька можливих варіантів вирішення, розвинена зорова пам'ять, швидке орієнтування при невідкладних станах пацієнта, кмітливість, схильність до логічного і клінічного мислення, вміння робити висновок з суперечливої інформації, вміння приймати рішення при нестачі інформації і часу.

*Комунікативні якості:* комунікабельність, низька сугестивність, вміння встановлювати психологічний контакт з різними людьми, надавати цілеспрямоване психологічний вплив, вміння вибирати доцільну форму

спілкування. Вимоги до мови: вміння давати чіткі, логічні формулювання, мова повинна бути чіткою, зрозумілою, логічною.

Праця лікаря відноситься до числа складних видів діяльності, характеризується значною інтелектуальним навантаженням, а в окремих випадках вимагає великих фізичних зусиль і витривалості, уваги і високої працездатності, часто в екстремальних умовах і стресових ситуаціях; окремі види робіт є малопривабливими.

Одним з провідних видів взаємодії лікаря і пацієнта в лікувальній діяльності є професійне спілкування. При цьому процес спілкування з хворим значно відрізняється від процесу спілкування зі здоровою людиною. Це складний, багатоплановий процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжуваний потребами спільної діяльності і включає в себе обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття і розуміння іншої людини.

Професійна діяльність лікаря характеризується високим рівнем нервово-психічної напруженості, (особливо у тих медиків, які працюють з «важкими» пацієнтами і складними випадками в лікувальній практиці), а також ненормованістю робочого дня, частим виникненням ситуацій невизначеності при вирішенні професійних завдань, необхідністю вибору найкращого їх багатьох способів досягнення професійних цілей, високою соціальною відповідальністю за результати професійної діяльності, різноманітням і складністю професійних завдань.

*Розглянемо професійно важливі якості лікаря.*

*Морально-етичні якості:* чесність, альтруїзм, бажання і готовність допомагати іншим, доброзичливе ставлення до людей, милосердя, вміння зберігати чужі таємниці.

*Індивідуально-психологічні якості:* емоційна зрілість, що включає в себе відповідальність за свої вчинки, відкритість, здатність до співпереживання і співчуття іншим людям (емпатія), позитивний настрій,

здоровий гумор по відношенню до себе, терпимість до інших, енергійність, вміння спілкуватися з людьми в будь-яких життєвих ситуаціях.

*Естетичні якості:* акуратність, охайність.

*Інтелектуальні здібності:* професійні знання, загальна і професійна ерудиція, здатність глибоко і широко творчо мислити.

*Професійні навички та вміння:* кваліфіковане володіння всіма необхідними навичками проведення лікувальних і діагностичних процедур, багатофункціональна професійна підготовка.

*Загальний рівень культури:* різнобічний розвиток особистості, прагнення до особистісного зростання, самовдосконалення і самоактуалізації.

До провідних професійно важливих якостей лікаря як суб'єкта професійної діяльності можна віднести: емоційно-вольову стійкість, уважність, відповідальність, професійну пам'ять, аналітичне клінічне мислення, принциповість, акуратність, емпатію, здатність швидко приймати рішення в умовах ризику, високу самооцінку, сумлінність, чесність, довіру до себе й іншого, професійну ідентичність, авторитетність [88].

Такі індивідуальні властивості, як толерантність до невизначеності, смисложиттєві орієнтації та ціннісні установки, раціональність і схильність до ризику, комунікативні та організаторські схильності, продуктивно впливають на професійне зростання лікаря. Включення до процесу професіоналізації релевантних медичній професії індивідуальних властивостей і якостей лікаря інтенсифікує його професійне зростання і підвищує ефективність програм лікування [88].

### **1.3. Складові психологічної моделі лікарської діяльності**

Як було зазначено, в рамках медичної моделі лікарської діяльності самоідентичність лікарів (як суб'єктів дії) і пацієнтів (в якості об'єктів лікування) розкривається в світлі медичного знання. Лікар виступає в якості

суб'єкта, пацієнт – в ролі об'єкта лікування. Між лікарем та пацієнтом зазвичай вибудовується патерналістський тип взаємин, який не враховує психологічних особливостей пацієнта, його ціннісних пріоритетів тощо.

У психологічній моделі взаємодії пацієнт і лікар виступають цілісним колективним суб'єктом лікувального, профілактичного та реабілітаційного процесу. Лікар рефлексивно управляє пацієнтом шляхом процесу передачі підстав для прийняття рішень пацієнтом. Під рефлексією мається на увазі психічна, особистісна активність людини, що виникає в результаті розриву виконуваної діяльності і спрямована на його подолання. Рефлексія – процес критичного осмислення поточної діяльності, вміння виділяти, аналізувати і співвідносити з ситуацією власні дії, а також обґрунтування необхідності внесення корективи в хід діяльності. Рефлексія спрямована на з'ясування підстав власного способу здійснення активності, на процеси взаємодії з іншими людьми. Суб'єкт, який рефлексує, може мати образи себе і інших суб'єктів разом з їх внутрішніми світами. Рефлексивна особистість характеризується перспективною свідомістю і відповідальністю у вчинку та життєвій ситуації [26]. У такій рефлексивній моделі управління взаємодіють два суб'єкта, що володіють свободою волі, довірою, розділеною відповідальністю.

Довіра виступає однією з головних психологічних детермінант суб'єкт-суб'єктних відносин, особливо в ситуації взаємодії пацієнта і лікаря. Довіра представляє собою форму самовідображення соціального суб'єкта, яке може бути адекватним або неадекватним, включати завищені або занижені оцінки власних можливостей. Воно істотно впливає на самоідентифікацію особистості, соціальну ідентичність індивіда. Довіра як віра в Іншого означає, що цей інший – надійний, постійний щодо своїх основних якостей. У міжсуб'єктних комунікаціях довіру стимулює процес відвертості, «прозорості», саморозкриття, що є фундаментальною психологічною потребою особистості [1].

Феномен довіри має аксіологічний зміст. Він проявляє себе одночасно як цінність і сенс. Разом з іншими цінностями і смислами довіра формує ціннісно-смыслову структуру свідомості особистості, моральну свідомість. Довіра до Іншого – вихідна умова людського спілкування і вихідне психологічне відношення між людьми. Досліджуючи соціально-психологічну природу довіри багато авторів підкреслюють різноманіття проявів довіри в спілкуванні і відносинах між людьми. Довіра є найбільш значущим феноменом, наявність якого перетворює акт безособової комунікації в акт спілкування. Можна сказати, що довіра тим самим забезпечує нормальне, ефективне спілкування, яке за своїм внутрішнім змістом є діалогом, де проявляється суб'єкт-суб'єктна природа спілкування. У довірчому спілкуванні, мова йде про взаємну «суб'єкт-суб'єктну» орієнтацію партнерів, результат якої – адекватна інтерпретація комунікативних намірів партнера по спілкуванню. Саме з того, чи відбулося адекватне розуміння, можна судити про якість комунікації, про ступінь її діалогічності і про можливість переходу до пошуку порозуміння [27].

До детермінант довірчого спілкування відносять значущість матеріалу, який розкривається співрозмовнику про себе, ступінь довіри до партнера і встановлення психологічного контакту. Довірче спілкування характеризують такі ознаки як: 1) міцність (або стійкість) встановленого контакту, 2) відсутність жорсткого контролю в процесі контакту і формального психологічного впливу, 3) щирість, 4) впевненість, що отримана інформація не буде використана на шкоду.

Крім зазначених параметрів довірливості при спілкуванні, в психологічній літературі зустрічається точка зору, що головним в довірчому спілкуванні є не стільки момент «саморозкриття» (тобто особистісна представленість людини в спілкуванні), скільки факт залучення до внутрішнього світу іншого [76].

Таким чином, наявність довіри перетворює акт безособової комунікації на акт спілкування. Довіра тим самим забезпечує ефективне спілкування, яке

за своїм внутрішнім змістом є діалогом, де проявляється суб'єкт-суб'єктна природа спілкування і орієнтація партнерів. Без довіри міжособистісні взаємини стають контрсугестивними, конфронтаційними, ворожими.

Спілкування є процесом, сутність якого полягає не просто у факті передачі і прийому інформації, а у виробленні нової інформації, яка є загальною для співрозмовників і яка народжує їх спільність. Тому спілкування через механізм довіри продукує особисту ідентичність.

Психологи підтверджують, що довіра – це ризик, оскільки довіра як ціннісне ставлення до особистості іншого, засноване на позитивному прогнозуванні його майбутніх вчинків. При виборі партнерами по взаємодії стратегії кооперації сприяють: 1) свобода і відкритість до комунікативного обміну; 2) взаємна підтримка дій, переконання в їх виправданості і правомірності; 3) дружелюбність і довіра у відносинах сторін [95].

Таким чином, завдяки довірі встановлюються міжособистісні зв'язки і відносини. Довіра виступає передумовою і, одночасно, результатом становлення відносин у спільній діяльності.

Довіра задає професійно компетентну поведінку, в умовах кооперації співрозмовники показують високий ступінь співробітництва, кооперативної «інтеграції», обов'язковості та відповідальності. У кооперативному управлінні установка на довіру задає, стимулює, прискорює процес прийняття рішень. Успішна кооперативна діяльність за багатьма параметрами – продукт установки на довіру керівнику, який виявляє компетентність, відповідальність, справедливість та інші якості «авторитета».

Довіра, як підкреслює більшість психологів, це явище одночасно і внутрішньоособистісне, і соціальне. Спрямованість психіки людини в світ і в себе одночасно формує ціннісно-сміслові, соціальні установки «довіри». Первинні установки «на довіру» генетично мають біосоціальну природу, виникають на ранніх стадіях онтогенезу з базової потреби в безпеці. Вторинні установки, як спрямованість на світ і на самого себе,

інтеріоризуючись, являють собою особистісні установки, які фіксуються як якості особистості, що відокремлюють її від інших людей [24].

Відповідальність людини за своє здоров'я і підвищення інтернального локусу контролю є головною умовою ефекту і результуючої психологічної моделі взаємодії лікаря і пацієнта. Відповідальність за себе передбачає бажання і здатність людини здійснювати і підтримувати стиль поведінки, що сприяє зміцненню здоров'я. Це передбачає відмову від дисфункціонального стилю поведінки (куріння, алкоголь і інші шкідливі звички). Під відповідальністю розуміється здатність особистості усвідомлено реагувати (позитивно або негативно), впливати, контролювати, управляти, генерувати свою активність в ситуації, що складається. Відповідальність є актом усвідомлення або рефлексії суб'єктом свого авторства по відношенню до обставин, в яких він опинився, своїй здатності робити вибір і впливати на ту ситуацію, в яку він потрапив. Зміст предмета відповідальності має ціннісне значення для суб'єкта, пов'язане з його бажаннями, потребами, надіями. Відповідальність ідентифікується з моральними зобов'язаннями [81].

Психологічна сутність відповідальності – максимальне вираження суб'єктної позиції в діяльності: добровільне взяття на себе гарантій за рівень якості діяльності, гарантій її результату, готовність відповідати за будь-які наслідки. У психології виділяють і вимірюють почуття особистої відповідальності, яке разом з інтернальністю впливає на вибір захисту і стратегій подолання [81].

Прийняття на себе відповідальності, перенесення відповідальності, зняття з себе відповідальності означають ступень готовності особистості в повній мірі враховувати всі наслідки своїх дій або бездіяльності. Втеча від відповідальності в умовах невизначеності ситуацій і множинності ризиків базується на психологічному захисті суб'єкта. Це компульсивність, перенесення відповідальності на іншого, заперечення відповідальності, уникнення автономної поведінки, прийняття рішення [88].

Основними характеристиками суб'єкт-суб'єктних відносин пацієнта і лікаря є:

- наявність і усвідомлення суб'єктами лікування загальної і єдиної для всіх мети спільної діяльності;
- ставлення пацієнта до самого себе як до суб'єкта (активного, автономного, відповідального) лікувального процесу;
- партнерські (психологічно рівні) відносини між суб'єктами лікування (пацієнтом і лікарем);
- наявність і оцінка зворотного зв'язку при здійсненні суб'єктами лікування своїх дій.

Однією і найважливіших характеристик ефективної і продуктивної суб'єкт-суб'єктної взаємодії лікаря і пацієнта в процесі лікування є задоволеність суб'єктів лікування, яка, в свою чергу, виступає головним критерієм функціонального комфорту (Л.Д. Чайнова).

Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта вбачає в пацієнті активну, рефлексивну фігуру, яка здійснює самоконтроль і саморегуляцію в період реабілітації і профілактики. Вона формує суб'єкт-суб'єктну комунікацію «лікар-пацієнт». Продукт рефлексивної активності ідентифікується як адекватна самооцінка, самоконтроль, саморегуляція, психологічно очікуваний результат. У такій моделі особливо значущою стає відповідальність пацієнта за своє здоров'я в період реабілітації і профілактики [26, 88].

Ідея відповідальності – це ідея авторства за поставлені питання до здоров'я, конструювання здорового способу життя. Почуття власної відповідальності, готовності пацієнтів виконувати розпорядження лікарів і медичного режиму корениться в їх рефлексивності і вольових інтенціях. В профілактичний і реабілітаційний період перенесення відповідальності за одужання на пацієнта, підвищення його інтернального локусу контролю припускають виклик позитивних змін, а також зміни психологічного статусу «пацієнта-хроніка» [67].



Дотримання пацієнтами вимог щодо модифікації способу життя і стилю поведінки тягне активізацію фігури пацієнта, що здійснює самоконтроль і саморегуляцію в реабілітаційному та профілактичному процесі одужання. Від ціннісних установок, мотивації, пов'язаної зі збереженням здоров'я, атрибуції відповідальності залежить, в кінцевому підсумку, успіх лікування. У цьому випадку лікар повинен спиратися на автономію та уявлення самого пацієнта про те, що є для нього благом, вирішувати це питання діалогічно, не брати до уваги власні уявлення як єдино правильні [57, 58].

По-іншому при цьому вирішується і питання про інформування пацієнта. Якщо в класичній моделі воно залежить від доброї волі або бажання лікаря, то в даному випадку виступає як його обов'язок, відповідно отримання інформації стає правом пацієнта знати про всі існуючі способи лікування його захворювання і про ризик, пов'язаний з кожним з них. Право вибору і відповідальність вже не зосереджуються у лікаря, а розподіляються між ним і пацієнтом [41].

Отже, включення індивідуально-психологічних особливостей пацієнта в процесі діагностики та в трактування результатів лікувальних впливів розширює діагностичні можливості лікаря. Рівень рефлексивності взаємопов'язаний з відповідальністю, підвищує рівень мотивації до здорового способу життя і генерує високі показники якості життя. Рефлексивність впливає на психоемоційний статус, когнітивні дескриптори, смисложиттєві та ціннісні орієнтації пацієнта, а також на медичні показники і перспективи лікування. Психологічна модель взаємодії в системі «лікар-пацієнт» вбачає в пацієнті рефлексивну фігуру, яка здійснює самоконтроль і саморегуляцію в період реабілітації і профілактики. Вона формує суб'єкт-суб'єктну комунікацію через механізми розвитку рефлексивності суб'єктів спільної діяльності.

## РОЗДІЛ 2.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА

#### 2.1 Соціально-психологічні особливості взаємодії лікаря з пацієнтом

Підходи до типології особистості пацієнта пропонували такі вчені, як Б.Д. Карвасарський, А.Є. Белоусов, А.Є. Лічко та ін. Психологічні особливості пацієнта важливо враховувати в процесі взаємовідносин та взаємодії з медичними працівниками. Метою контактів між ними є допомога, що надається одним з учасників спілкування по відношенню до іншого. Виходячи з основної мети лікувальної взаємодії, можна припустити про неоднозначність «цінності» контактів в системі «лікар-пацієнт». Слід зауважити, що зацікавленість в такій взаємодії – не лише з боку пацієнта. Лікар в не меншому ступені зацікавлений в наданні допомоги хворому, це його професійна діяльність, отже, у нього є власні мотиви і інтереси взаємодіяти з пацієнтом, що дозволили вибрати цю професію. Для того, щоб процес взаємодії лікаря і пацієнта був ефективним, необхідно враховувати психологічні основи цієї взаємодії. Мотиви та цінності лікаря, його уявлення про ідеального пацієнта, а також очікування самого пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики та реабілітації, поведінка лікаря або медичної сестри транслуються в процес взаємодії суб'єктів лікувальної діяльності.

У психологічній літературі підкреслюється значущість для ефективної і безконфліктної взаємодії пацієнта з лікарем такого психологічного параметра, як комунікативна компетентність. Під цим терміном розуміється здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, що має на увазі досягнення взаєморозуміння між партнерами по

спілкуванню, краще розуміння ситуації і предмета спілкування. Комунікативна компетентність визначається як система внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективної комунікації в певному колі ситуацій міжособистісної взаємодії [2, 3].

В першу чергу, комунікативна компетентність є професійно значущою якістю лікаря, медичної сестри, клінічного психолога. Однак, незважаючи на те, що в умовах клініки пацієнт змушений звертатися за допомогою до лікаря, комунікативна компетентність важлива для обох сторін. Це пов'язано з тим, що некомпетентність в спілкуванні хоча б з однієї сторони здатна порушити діагностичний і лікувальний процес і не привести до бажаних результатів. Невміння пацієнта налагодити контакт з лікарем настільки ж небезпечно, як небажання лікаря встановити ефективний контакт з будь-яким пацієнтом [27].

Виділяють наступні види спілкування (С.І. Самигін, Л.Д. Столяренко):

1. «Контакт масок» – формальне спілкування, коли відсутнє прагнення зрозуміти і врахувати особливості особистості співрозмовника, використовуються звичні маски (ввічливості, чемності, скромності, співчутливості і ін.) – набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дозволяють приховати справжні емоції, ставлення до співрозмовника. В рамках діагностичної та лікувальної взаємодії він проявляється у випадках малої зацікавленості лікаря або пацієнта в результатах взаємодії. Це може відбуватися, наприклад, при проведенні обов'язкового профілактичного огляду, в якому пацієнт відчуває себе несамотійним, а лікар – не мають необхідних даних для проведення об'єктивного і всебічного обстеження і винесення обґрунтованого висновку.

2. Примітивне спілкування, коли оцінюють іншу людину, як потрібний об'єкт або такий, що заважає. Якщо об'єкт потрібен – то активно вступають в контакт, якщо заважає – відштовхують. Подібний вид спілкування може зустрічатися в рамках маніпулятивного спілкування лікаря і пацієнта у випадках, коли метою звернення до лікаря стає отримання будь-яких

дивідендів (лікарняного листа, довідки, формального експертного висновку тощо). З іншого боку, формування примітивного виду спілкування може відбуватися за бажанням лікаря – у випадках, коли пацієнт виявляється людиною, від якого може залежати благополуччя лікаря (наприклад, керівник). Інтерес до учасника контакту в подібних випадках пропадає відразу слідом за отриманням бажаного результату.

3. Формально-рольове спілкування, коли регламентованими виявляються і зміст, і засоби спілкування, і замість знання особистості співрозмовника обходяться знанням його соціальної ролі. Подібний вибір виду спілкування з боку лікаря може бути обумовлений професійним перевантаженням (наприклад, у дільничного лікаря на прийомі).

4. Ділове спілкування – це вид спілкування, що враховує особливості особистості, характеру, віку, настрою співрозмовника при націленості на інтереси справи, а не на можливі особистісні розбіжності. При спілкуванні лікаря з пацієнтом такий вид взаємодії стає нерівним. Лікар розглядає проблеми хворого з позиції власних знань і схильний директивно приймати рішення без узгодження з іншим учасником спілкування і зацікавленою особою.

5. Духовне міжособистісне спілкування рідко зустрічається в системі «лікар-хворий». Воно має на увазі можливість торкнутися в бесіді будь-якої теми, поділитися будь-якою інтимною проблемою кожному з учасників спілкування. Діагностична та лікувальна взаємодія не передбачає настільки інтимного контакту.

6. Маніпулятивне спілкування також, як і примітивне спрямовано на отримання вигоди від співрозмовника з використанням спеціальних прийомів. В медицині відомий спосіб, названий «іпохондризація пацієнта», суть якого полягає в подачі висновку лікаря про стан здоров'я пацієнта з явним перебільшенням тяжкості виявлених розладів. Метою такої маніпуляції можуть бути: зниження очікувань хворого щодо успіху лікування в зв'язку з униканням медичним працівником відповідальності в разі

несподіваного погіршення здоров'я пацієнта; демонстрація необхідності додаткових кваліфікованих впливів з боку медичного працівника з метою отримання винагороди.

Спілкування лікаря і пацієнта можна назвати вимушеним спілкуванням, тому що основним мотивом зустрічі і бесіди стає поява в одного з учасників взаємодії проблем з боку здоров'я – хворобливих симптомів. З боку лікаря вимушеність вибору суб'єкта спілкування обумовлена його професією. Якщо звернення пацієнта до лікаря диктується пошуком допомоги, то зацікавленість лікаря в пацієнті пояснюється міркуваннями про професійне зростання і матеріальне підкріплення. Будь-який медичний працівник мотивований на зустріч з потенційним пацієнтом, оскільки від цього залежить його професійна кар'єра і положення в суспільстві.

Інтерес учасників діагностичного та лікувального спілкування формується, як правило, на негативному емоційному тлі. Це зумовлено тим, що приводом для зустрічі лікаря і пацієнта стає проблема або симптом. Негативні емоційні переживання завжди входять до структури будь-якої проблеми або симптому, оскільки вони сигналізують про якесь відхилення або порушення в діяльності особистості або організму. Мотиви звернення до лікаря можуть бути різноманітними. По-перше, людина може бути націленою на обстеження у лікаря з метою виключити наявність розладів і захворювання. Пацієнт розраховує підтвердити власну версію про те, що випробовуваний ним дискомфорт обумовлений будь-якими зовнішніми нехворобливими причинами і не вимагає медичного втручання. По-друге, мотивація може носити протилежний характер – виявлення симптомів і підтвердження передбачуваного діагнозу захворювання [88].

Мета обстеження і очікування від його результатів можуть виявитися іншими. У першому випадку розбіжність реальності і очікувань (тобто виявлення захворювання при готовності отримати підтвердження здоров'я) здатне викликати більш негативну афективну реакцію з боку пацієнта, ніж в

іншому випадку, коли розбіжність прогнозу і реальності буде не такою істотною. Виявлення симптомів хвороби пацієнт не сприйматиме як несподіванку, і внаслідок цього його емоційні реакції не будуть такими інтенсивними [66].

Важливу роль в процесі взаємодії медичного працівника і пацієнта відіграє сприйняття і розуміння учасниками комунікації один одного. На ці процеси, в першу чергу, впливає психологічна установка. Розрізняють три типи установки на сприйняття людини людиною: позитивна, негативна і адекватна. При позитивній установці відбувається переоцінка позитивних якостей і здібностей людини, що проявляється в підвищеному ступені довіри цій особі, готовність прийняти на віру всі її поради і розділити погляди на те, що відбувається. Часто позитивна установка на того чи іншого лікаря пов'язана з думкою оточуючих, його професійним статусом (професор, лікар вищої категорії, народний цілитель тощо). Негативна установка призводить до того, що сприймаються в основному негативні якості іншої людини, що виражається в недовірливості, підозрливості. Адекватна установка бере до уваги можливість поєднання в однієї і тієї ж людині позитивних і негативних якостей і властивостей («Хірург – грубіян, але руки – золоті») [88].

Відомі типові спотворення (ефекти) уявлення про іншу людину, що формуються під впливом різних факторів. До них відноситься ефект «ореолу», ефект «послідовності», ефект «авансування», ефект «проекування на інших людей власних властивостей». Ефект «ореолу» характеризується формуванням думки про певні властивості і якості людини на підставі загальних вражень про неї. Так, кваліфікованість лікаря може сприйматися пацієнтом в залежності від його манер, використання в мові наукових термінів, які фактично не можуть бути ознаками оцінки його професійних знань і умінь. Ефект «послідовності» виводить залежність суджень про людину від відомостей, пред'явлених про неї в першу чергу. В рамках клінічної психології сприйняття лікаря часто будується на підставі тих відомостей, які були отримані пацієнтом, наприклад, від сусідів по палаті.

Крізь призму цих відомостей буде сприйматися пацієнтом будь-яка дія або висловлювання лікаря [18].

Відомо, що позитивна установка може опосередковано деякими зовнішніми факторами. Так, наприклад, вона може бути обумовлена розміреною манерою лікаря говорити, неквапливо оглядати або проводити маніпуляції. При оцінці ефективності дії тих чи інших ліків позитивна установка може ґрунтуватися на вартості препарату («коштовний – значить ефективний»), оформленні його упаковки, кольорі та консистенції таблеток тощо. На такому психологічному механізмі побудований «ефект плацебо». Плацебо – це ліки-пустушка, що не містять речовини, здатної надати терапевтичний ефект. При призначенні такого препарату і супроводі відповідними інструкціями для формування позитивної психологічної установки результати терапії виявляються істотними навіть порівняно з подібним за формою, видом і консистенцією лікарським препаратом [21].

Істотними є очікування учасників діагностичної та лікувальної взаємодії прояви будь-яких якостей і поведінки один одного. У зв'язку з цим виділяють поняття «ідеального» і «реального» лікаря і пацієнта. До якостей і властивостей, що характеризують «ідеального лікаря» відносять його характерологічні і особистісні особливості, стиль міжособистісної взаємодії, кваліфікованість. Схема Ж. Лакана передбачає існування п'яти чинників, що впливають на процес взаємодії лікаря і пацієнта: 1) статі, 2) віку, 3) національності (раси), 4) віросповідання і 5) сексуальної орієнтації [10].

Врахування фактора статі особливо яскраво представлений в сексологічній, урологічній, шкірно-венерологічній, проктологічній і деяких інших медичних галузях, що пов'язано з більш глибоким рівнем інтимності взаємодії. Відзначається тенденція приписування якостей «ідеального лікаря» чоловікам в хірургії і жінкам в терапії, що слід трактувати як екстраполяцію на професію хірурга рис маскулінності (рішучості, активності, відсутність сентиментальності), а на професію терапевта рис фемінності (емпатійності, ніжності, дбайливості). У акушерсько-гінекологічній галузі

нерідко пацієнтки схильні вибирати і вважати «ідеальними» лікарів протилежної статі [88].

Суттєве значення фактор віку грає в медичних дисциплінах, в яких від лікаря потрібні такі якості як здатність до ґрунтовного і неквапливого аналізу стану пацієнта, досвідченість, великий запас знань і практичних навичок. До таких медичних галузей відносять психіатрію, неврологію, хірургію і багато інших. Багато в чому орієнтація на вік обумовлена віком пацієнта. У випадках, коли хворою є молода людина, вона не схильна надавати істотного значення віку лікаря. Коли ж пацієнтом стає літня людина, вона орієнтується в оцінці «ідеального лікаря» на параметр віку, також як і на інші параметри [88].

В останні роки в зв'язку з загостренням міжнаціональних відносин в світі важливим у взаємодії лікаря і пацієнта стає їх національна приналежність. Значущою стає така якість, як національна терпимість, відсутність національних упереджень. Оцінка національної приналежності лікаря базується на здатності пацієнта розрізняти фізіогномічні ознаки національності. Як правило, відзначається тенденція до вибору лікаря власної або спорідненої (наприклад, за параметром етнічної групи) національності особливо в тих галузях медицини, де потрібна велика глибина міжособистісного контакту.

Фактор віросповідання стає все більш значущим як у зв'язку з ростом числа віруючих, так і в зв'язку з певними вимогами особистої гігієни і поведінки в разі хвороби, існуючими в різних конфесіях. Є точка зору про те, що порушенням з позиції віри може вважатися звернення за медичною допомогою до лікаря іншого віросповідання. Це особливо чітко проявляється по відношенню до жінок-мусульманок.

Сексуальна орієнтація людини (гетеросексуальність або гомосексуальність) виявляються суттєвими для налагодження психологічного контакту між лікарем і пацієнтом. До властивостей «ідеального лікаря» переважною більшістю гетеросексуалів відноситься і



параметр сексуальної орієнтації. Упередження в цій сфері також сильні, як і в сфері міжнаціональних відносин. Гомосексуалісти практично не схильні орієнтуватися в процесі лікування на фактор сексуальної орієнтації [71].

З особистісних і характерологічних особливостей пацієнти віддають переваги наступним: поважність, уважність по відношенню до пацієнтів, любов до професії, доброта ввічливість, душевність. В.А. Ташликов [82] зазначив, що пацієнти з невротичними розладами в образ «ідеального лікаря» включають якості в наступній послідовності за значущістю: розум (78%), захопленість роботою (57%), уважність (56%) і далі – почуття обов'язку, терплячість, чуйність, інтуїція, серйозність, доброта, почуття гумору.

Найбільш істотними в образі «ідеального лікаря» з точки зору пацієнта є здібності до емпатії і стиль спілкування. В.А. Ташликовим описано чотири психологічних типу лікаря, які складають альтернативні пари: «співпереживає» або «емоційно-нейтральний», «директивний» або «недирективний». У поняття «співчутливого» типу лікаря включають такі якості як здатність глибоко зрозуміти і відчувати проблеми пацієнта, прояви емпатію, співпереживати разом з хворим коливання його стану, розділяти його психологічні проблеми, нерідко приймати концепцію хвороби, висунуту пацієнтом. Тип лікаря, названий «емоційно-нейтральним», має на увазі поєднання таких якостей як емоційна дистанційованість лікаря від глибинних проблем пацієнта, орієнтація на симптоми, небажання підтримувати пацієнта в його «суб'єктивних» емоційних кризах з орієнтацією на технократичний підхід до лікування. Під «директивним» психологічним типом лікаря розуміється лікар, який виступає в ролі вчителя, який вказує як слід чинити і що робити в ситуації хвороби. «Директивний» лікар не схильний дискутувати з пацієнтом на професійні теми; він вибудовує нерівноправні взаємини, визначаючи собі більш значущу роль. У своїй діяльності він керується паттерналістської моделлю медицини, яка розглядає взаємини лікаря і пацієнта як відносини вчителя і учня, батька і дитини. «Директивний лікар» виключає можливості сумнівів пацієнта в його можливостях,

негативно ставиться до переперевірки діагнозу у інших лікарів, схильний ображатися і давати негативні емоційні реакції на пацієнта у випадках критики його дій. «Недирективний» психологічний тип лікаря – протилежний «директивному». Він включає орієнтацію на партнерство, на відміну від орієнтації на керівництво, схильний приймати до розгляду точку зору хворого як при діагностиці, так і при виборі методів і способів терапії [82].

Представлені пари якостей лікаря можуть становити чотири типи: такий, що співпереживає недирективний; такий, що співпереживає директивний; емоційно-нейтральний недирективний і емоційно-нейтральний директивний. Орієнтація пацієнта на той чи інший еталон типу лікаря пов'язана з особистим досвідом взаємодії з низкою авторитетних осіб у різні періоди життя. У пацієнта при пошуку ідеалу відбувається звірення образу лікаря з образами улюблених батьків, шанованого вчителя та інших значущих людей.

Таким чином, очікування (експектації) пацієнта, як однієї зі сторін діагностичної та лікувальної взаємодії, опосередковуються особистісними особливостями, досвідом спілкування і вподобаннями хворого. Він має право вибору лікаря відповідно до власних мотивів і цінностей. Лікар, як інший учасник взаємодії, поставлений в інші умови. Він обмежений у своєму виборі пацієнта і повинен бути підготовленим до спілкування з будь-якою людиною. Однак, лікар також вибудовує образ співрозмовника і учасника взаємодії, якому віддається перевага.

У поняття «ідеального пацієнта» лікар, як правило, включає наступні характеристики [88]: мала поінформованість в медичних питаннях, віра і відсутність сумнівів в силах та вміннях лікаря, готовність беззаперечно виконувати призначення, вміння коротко і чітко викладати проблему і скарги, відсутність іпохондрії. На думку С.І. Филипченкової, ці показники демонструють націленість лікаря на директивний стиль взаємодії з хворим, не враховуючи особливості емоційного підкріплення цього процесу. Він

готовий бути співпереживати, але не завжди готовий до істинного партнерства. Цей факт пов'язаний з захистом від психологічної установки суспільства на медичну сферу як на сферу обслуговування. При директивній поведінці лікаря і отже залежній поведінці пацієнта медик схильний брати всю відповідальність за результат терапії на себе, оскільки переконаний, що негативний результат лікування буде розглядатися як його помилка або прояв некомпетентності.

При порівнянні очікувань лікаря і пацієнта, які відбиваються в образі «ідеального лікаря» і «ідеального пацієнта», можна виділити досить велику кількість сфер можливих міжособистісних конфліктів. Суть конфліктів в системі лікар (медичний працівник) – хворий полягає в зіткненні думок, поглядів, ідей, інтересів, точок зору і очікувань учасників взаємодії.

Л. Козер [31], один з основоположників соціології конфлікту, розділяє конфлікти на реалістичні (предметні) і нереалістичні (безпредметні). Реалістичні конфлікти викликані незадоволенням вимог і очікувань учасників, а також несправедливим, на їхню думку, розподілом яких-небудь обов'язків, переваг і спрямовані на досягнення конкретних результатів. Нереалістичні конфлікти мають за мету відкритий вираз накопичених негативних емоцій, образ ворожості, коли гостра конфліктна взаємодія стає не засобом досягнення конкретного результату, а самоціллю. Перший тип конфлікту часто пов'язаний з розбіжністю очікувань пацієнта та реальністю. Приводом може служити невідповідне уявлення про належну поведінку медичного персоналу (грубість, нечемність), проведенні процедур (нерегулярність, непунктуальність, недбалість), санітарно-гігієнічні умови перебування в стаціонарі (бруд, шум, запах), неправильна діагностика або невірне призначення терапії. Другий конфлікт нерідко зумовлений упередженим ставленням пацієнта до медичної служби, в цілому або до окремого лікаря, зокрема.

Кваліфікація лікаря включає в себе рівень знань і навичок, а таж етичні принципи, які використовуються ним у професійній діяльності. У жодній

іншій спеціальності немає такої взаємозумовленості етичних і професійних якостей людини. Саме внаслідок цієї обставини лікар приймає клятву, втілюючи себе обов'язком дотримуватися певних моральних канонів [94].

Систему етичних поглядів або суджень за ступенем їх узагальненості представляють (В.О. Тихоненко, Т.О. Покуленко) [93] у вигляді чотирьох рівнів:

- етичні теорії
- етичні принципи
- етичні норми
- етичні стандарти поведінки

У теоретичному плані завданнями медичної етики стає виявлення етичної виправданості та обґрунтованості моральних норм. До числа базисних принципів біомедичної етики відносяться принципи: автономії, заборони завдавати шкоди, благодіяння і справедливості. Під автономією розуміється форма особистої свободи, при якій індивід здійснює вчинки відповідно до вільно обраних ним рішень.

В.О. Тихоненко, Т.О. Покуленко виділяють сім основних аспектів автономії [93]:

- повага особистості пацієнта
- надання пацієнтові психологічної підтримки в скрутних ситуаціях
- надання йому необхідної інформації (про стан здоров'я і пропоновані медичні заходи)
- можливість вибору з альтернативних варіантів
- самостійність пацієнта в прийнятті рішень
- можливість здійснення контролю за ходом дослідження і лікування (з боку пацієнта)
- залученість пацієнта до процесу надання йому медичної допомоги («Терапевтичне співробітництво»).

А.Є. Белоусов [6] з позиції естетичної хірургії виділив психологічні типи пацієнтів. Перший контакт з пацієнтом виключно важливий, тому що

дозволяє хірургу по реакції хворого вже в перші хвилини зустрічі визначити його психологічний тип, що може істотно вплинути на прийняття рішення про операцію. Практика дозволила виділити А.Є. Белоусову наступні типи пацієнтів:

*Пацієнт з нормальним станом психіки*, який адекватно сприймає нову інформацію. Врівноважена психіка пацієнта робить спілкування з ним спокійним і ефективним.

У *понад вимогливого* пацієнта з самого початку бесіди часто виявляються поверхневі, безсистемні і часто помилкові пізнання в медицині і хірургії, які він (вона) вважає глибокими. Такі пацієнти часто вимагають моделювання своєї зовнішності на комп'ютері і хочуть 100% гарантії успіху операції. Вони не сприймають інформації про можливі ускладнення і часто вважають лікаря кимось на зразок продавця послуг, зобов'язаного виконати всі їхні забаганки. Виконання втручання у такого хворого може стати початком нескінченної низки неприємних пояснень і взаємного розчарування.

*Пацієнт-перфекціоніст*, який потребує повної досконалості. У деяких випадках жінка добре виглядає, має гармонійну зовнішність з мінімальними відмінностями від класичного стандарту. Проте вона вважає за необхідне «виправити» навіть ледь помітні недоліки, так як «вони не дають їй спокою». Значне занепокоєння з приводу мінімальної деформації є в прогностичному плані найгіршою комбінацією, яка майже гарантовано призводить до незадоволеності пацієнта результатами операції: практично завжди і на будь-яку особу можна знайти, до чого причепитися.

*Пацієнти з перекрученими уявленнями*, яким важко або неможливо щось довести. Такі пацієнти мають свою, оригінальну точку зору на те, що для них добре, а що погано. Вони просять внести в свою зовнішність ті зміни, які знаходяться іноді в повному протиріччі до стандартів пластичної хірургії. При цьому пацієнт стверджує, що він (вона) не буде висувати жодних претензій після втручання. Нехай тільки зроблять так, як він (вона) просить.

Нерідко ці пацієнти вже перенесли операцію, яка дала очевидний і хороший результат, що сам пацієнт оцінює його абсолютно неадекватно. До того ж такі хворі зазвичай не соромляться у висловах, характеризуючи свого попереднього лікаря. У деяких випадках для правильної оцінки ситуації потрібно пояснити пацієнтові, що операція може бути виконана не тільки якщо пацієнт цього хоче, але і якщо хірург вважає її проведення за доцільне.

*Пацієнти – приховані мазохісти*, яким подобається оперуватися. Такі пацієнти нерідко ставлять хірурга перед спокусою збільшити свій дохід, виконавши практично непотрібну операцію (наприклад, висічення рубця, повторна ліпосакція тощо). При позитивному рішенні хірург має високі шанси продовжити довгий ряд операцій і в майбутньому.

*Пацієнт в депресивному стані*, відрізняється своєю поведінкою, чітко вказує на пригнічення психіки. Нерідко жінки наносять візит до хірурга після нереалізованих планів вийти заміж, після розлучення та інших ситуацій. У зв'язку з невірною самооцінкою пацієнтка помилково вважає, що в усьому винна її зовнішність і що правильно зроблена операція допоможе їй вирішити всі проблеми. Тому на самому початку консультації вельми важливо обережно уточнити такі істотні характеристики пацієнта, як його професія, соціальний статус, наявність дітей. Самотні жінки і чоловіки відразу повинні насторожити хірурга, особливо якщо їх скарги реально не відповідають дійсності.

В деякі правила х випадках доцільно в доречною і максимально м'якій формі спробувати пояснити пацієнтові, що в основі його життєвих проблем лежать не тільки і не стільки індивідуальні особливості зовнішності, скільки психологічна неготовність адекватно оцінювати життєві ситуації і правильно на них реагувати. Такому пацієнту слід рекомендувати звернутися до психолога.

*Нерішучий пацієнт*. Його характерною рисою є відсутність твердої рішучості поліпшити зовнішність шляхом операції або виражена боязнь втручання. В останньому випадку страх перед операцією може проявитися

лише в самий останній момент, коли хворий поступає в стаціонар і відчуває на собі додатковий вплив лікарняної обстановки. Якщо пацієнт коливається, робити або не робити операцію, то найкраще порадити йому почекати, щоб його майбутнє рішення було більш зрілим. Як правило, ця рада приймається з полегшенням.

*Дуже важливі персони.* Їх характер може бути найрізноманітнішим, але їх нерідко об'єднують підвищена вимогливість до дрібниць, необґрунтовані претензії і потреба в підкресленні свого значення. Ці пацієнти можуть мати мужній характер, але можуть перетворитися в дуже складних хворих зі слабкою волею і потребуватимуть постійної стимуляції.

Вибір того чи іншого стилю поведінки лікаря обумовлений типом хворого. А.Є. Личко [42] визначив такі типи психологічного реагування на захворювання:

1. Гармонійний. Твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тягар і без підстав бачити все в похмурому світлі, але і без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації – переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними для хворого. При несприятливому прогнозі – зосередження уваги, інтересів на долю близьких, своєї справи.

2. Тривожний. Безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, спрага додаткової інформації про хворобу, можливі ускладнення, методи терапії, безперервний пошук авторитетів.

3. Іпохондричний. Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них оточуючим. На їх основі перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань, перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися і

невіра в успіх, вимог ретельного обстеження і боязні шкоди і хворобливості процедур. Пацієнт з іпохондричним типом реагування схильний до егоцентризму.

4. Меланхолійний. Пригнічений хворобою, невіра в одужання, в можливе покращення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколо. Невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

5. Апатичний. Повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

6. Неврастенічний. Поведінка по типу «дратівливої слабкості». Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, при несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується нерідко каяттям і сльозами. Непереносимість больових відчуттів. Нетерплячість, нездатність чекати полегшення. В подальшому – каяття за турботу і нестриманість.

7. Обсесивно-фобічний. Тривожна помисливість, перш за все, стосується побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач в житті, роботі, сімейній ситуації в зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки в зв'язку з хворобою хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети і ритуали.

8. Сенситивний. Надмірна заклопотаність несприятливим враженням, яке можуть справити на оточуючих відомості про свою хворобу. Побоювання, що навколишні стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причини і природу хвороби. Боязнь стати тягарем для своїх близьких і недобррозичливі відносини з їх боку в зв'язку з цим.



9. Егоцентричний. «Відхід у хворобу», виставляння напоказ близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їх увагою. Вимога виняткової турботи – всі повинні забути і кинути все і дбати лише про хворого. Розмови оточуючих швидко переводяться «на себе». В інших людях, також вимагають уваги і турботи, бачать тільки «конкурентів» і відносяться до них неприязно.

10. Ейфорійний. Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко награний. Нехтування, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Надія на те, що «саме все обійдеться». Бажання отримати від життя все, не дивлячись на хворобу. Легкість порушення режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо позначитися на перебігу хвороби.

11. Анозогнозичний. Активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки, невизнання себе хворим. Заперечення очевидного в проявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам або іншим несерйозним захворювань. Відмова від обстеження і лікування, бажання «обійтися своїми засобами».

12. Ергопатичний. Відхід від хвороби в роботу. Навіть при важкості хвороби і страждання намагаються продовжувати роботу. Трудяться з жорстокістю, з ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, намагаються лікуватися і піддаватися обстеженням так, щоб це залишало можливість продовження роботи.

13. Паранойяльний. Впевненість в тому, що хвороба є результатом чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості або злого наміру лікарів і персоналу.

Особлива група пацієнтів відкидає співпереживаючий тип поведінки лікаря. Як правило, ці хворі з тривожно-недовірливою або педантичною акцентуацією, які очікують від лікаря точного діагностичного висновку, внаслідок чого вони орієнтовані на «емоційно-нейтральний» тип взаємин більше, ніж на емпатуючий. Взаємини між хворим і лікарем залежать не

тільки від індивідуальних особливостей хворого, його психіки, але і від особистості і поведінки медичного працівника, його загальної та професійної культури, дотримання принципів етики і деонтології. Основна відповідальність за характер цих взаємин, таких важливих для успішного лікування, завжди лягає на медичного працівника. Він зобов'язаний, будуючи свої взаємини з хворим, враховувати особливості його особистості, переживання [62].

Діагностичний процес для лікаря починається вже з моменту появи хворого: його зовнішнього вигляду, ходи, особливостей мови тощо. Однак не можна забувати, що і хворий з перших миттєвостей оцінює лікаря. Різниця в тому, що, якщо лікар бачить кожного пацієнта на тлі нескінченної низки хворих, то для хворого лікар – людина незвичайна, унікальний, якій він довіряє свій добробут, життя. Тому він допитливо і з особливою пристрасстю вивчає лікаря. Створене враження є фундаментом майбутнього психотерапевтичного впливу. Літньому лікарю в цьому відношенні легше, оскільки на нього «працюють» його стаж, звання: хворий заздалегідь готовий поставитися до нього з довірою. Молодому лікарю важче, оскільки він повинен подолати природну підозру в недосвідченості. Хворий вивчає свого лікаря, перш за все як людину: чи добрий він, уважний, співчутливий, спокійний або метушливий. З перших слів треба створити враження привітності, участі, готовності допомогти. Байдушний тон, сухе звернення, неухважність тут згубні. Якщо хворий схвильований або страждає від болю, задишки, необхідно спочатку заспокоїти його, пообіцяти допомогти.

Для певної категорії пацієнтів візит до лікаря полягає в доказі оточуючим, що вони серйозно хворі і змушені постійно лікуватися. Серед них бувають егоїсти і люди надмірно стурбовані своїм здоров'ям, які регулярно звертаються до лікаря. Однак часто за цим криється неусвідомлене бажання піти від труднощів життя, отримати, так би мовити, моральний лікарняний лист. Іноді таким хворим можна допомогти, делікатно і наполегливо знімаючи їх необґрунтовані страхи і забобони [62].

Дуже важливий момент у взаєминах лікаря і пацієнта – це емпатія. Емпатія включає в себе здатність людини сприймати емоційний стан іншої людини і співпереживати їй. У практиці з пацієнтом лікар нерідко здатний відчутти його переживання не стільки на підставі словесних повідомлень, скільки за характером його невербальної поведінки. Емпатичний підхід лікаря проявляється в його здатності відчувати емоційний стан хворого в кожен момент спілкування з ним і в умінні передати пацієнтові те, що він повністю зрозумілий.

Особливо слід відзначити такий феномен як ятропсихогенія. Ятропсихогенія – це не короткочасна реакція хворого на неправильне висловлювання або дію лікаря, а зафіксований невротичний розлад, що має зазвичай справжні причини в особистості пацієнта і характері відносин з лікарем. Вона являє собою свого роду негативний плацебо-ефект, пов'язаний з певними очікуваннями, побоюваннями і установками пацієнта щодо хвороби, лікаря і лікування. Негативний вплив лікаря на хворого можуть розташовуватися в широкому діапазоні від явних ятрогеній (ефект обумовлений в основному неправильною поведінкою лікаря) до псевдоятрогеній (ефект обумовлений головним чином хворобливим сприйняттям хворого). Відсутність довірчого контакту між пацієнтом і лікарем є загальною умовою виникнення ятрогеній. Промахи в мові лікаря, особливо при першій зустрічі з хворими, часто є її джерелом. Наприклад, необхідно уникати вживання навіть найбільш поширеної термінології, оскільки це може викликати тривогу у пацієнта.

Російськими науковцями В.М. Львовим та С.І. Филипченковою [44] запропоновано наступну класифікацію типів особистості лікаря:

- «суперпрофесіонал»;
- «професіонал-інтелектуал»;
- «формальний професіонал».

В якості стратегій лікаря науковцями визначено наступні:

- «обов'язково вилікувати за мінімальними витратами»;

- «обов'язково вилікувати і заробити добре самому»;
- «переконати пацієнта в необхідності витратної схеми лікування, операційного втручання при наявності інших ефективних методів».

В якості можливих типів особистості пацієнта В.М. Львов та С.І. Филипченкова запропонували наступні:

- «креативний інтелектуал»;
- «лікар» без освіти»;
- «людина без елементарних медичних знань».

В якості стратегій пацієнта науковцями визначено наступні:

- «безмежна довіра до лікарів»;
- «повна недовіра до лікарів»;
- «обережне очікування і комунікативна поведінка».

При прийнятті лікарем діагнозу і програми лікування, на думку науковців [44] виникають два типи ризику: ризик лікаря і ризик пацієнта. Ризик виникає, оскільки рішення приймається в умовах невизначеності. З боку лікаря ризик може бути об'єктивним і суб'єктивним.

«Суперпрофесіонал», як правило, використовує першу стратегію. Об'єктивний ризик, пов'язаний з неправильним діагнозом і програмою лікування (лікарська помилка), як правило неможливий в силу його високої кваліфікації. Суб'єктивний ризик, пов'язаний з навмисне неправильним рішенням, взагалі неможливий.

«Лікар професіонал – інтелектуал», як правило, використовує 2 стратегію. Це найбільша група лікарів. Об'єктивний ризик, також як і суб'єктивний знаходиться на середньому рівні. Для формального професіонала, як правило, використовує 3 стратегію, рівень об'єктивного і суб'єктивного ризику дуже великий.

Розглянемо розподіл стратегій пацієнтів, за В.М. Львовим та С.І. Филипченковою [44].

«Креативний інтелектуал» практично завжди не довіряє лікарям (2 стратегія), якщо тільки це не його особистий лікар, і завжди намагається

перевірити рішення пропозиції лікаря (3 стратегія). З таким пацієнтом лікаря треба як слід рефлексувати, інакше він може його втратити.

Пацієнт, який є «лікарем» без освіти», надзвичайно начитаний (в основному через Інтернет) про свої хвороби і часто використовує 3 стратегію і з ним потрібно постійне і тривале комунікативне спілкування.

«Пацієнт – людина без елементарних медичних знань» – частіше використовує 1 стратегію (довіру до лікаря). В результаті креативний інтелектуал по ходу рефлексивного процесу з лікарем отримує об'єктивний діагноз і програму лікування і ризик його мінімальний.

В інших пацієнтів в залежності від того до якого лікаря вони потрапили, ризик може коливатися від максимального до мінімального. Для пацієнта «лікар» без освіти» ризик може бути менше, тому що він швидко зможе «вирахувати» формального професіонала і піти від нього до іншого лікаря. Таким чином, в залежності від ситуації, що складається, лікар може задіяти рефлексію, навіть якщо він суперпрофесіонал. Якщо пацієнт – «креативний інтелектуал», то він, як правило, не дуже довіряє лікарям і обговорювана з ним програма лікування і діагноз повинні бути досить переконливі. Особливо, якщо вони затратні або, наприклад, потрібна операція. Якщо він цієї переконливості не відчуває, то він до цього лікаря не прийде. Тому лікар повинен задіяти всі свої рефлексивні можливості, але це можливо тільки для лікарів 1 і 2 типу. Такий же приблизний сценарій буде і для другого типу пацієнта. При третьому типі пацієнта діяльність лікаря спрощується і рефлексія не включається.

На думку науковців [44], найбільш ефективні логіки взаємодії є результатом професійної діяльності 1 типу лікаря (суперпрофесіонал), який характеризується високим рівнем рефлексивності. Найбільш неефективні логіки взаємодії є результатом, як правило, професійної діяльності 3 типу лікаря (формальний професіонал), у якого низький рівень рефлексивності. При вибудовуванні неефективних логік взаємодії неминуче виникають ризики лікарської діяльності.

## 2.2. Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта

Як було відзначено, класична (медична) модель взаємодії лікаря і пацієнта будується на принципі об'єктивності, суб'єкт-об'єктній парадигмі і ієрархічній організації взаємин.

Суть психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта полягає в розкритті характеру цієї взаємодії як суб'єкт-суб'єктних відносин; лікар і пацієнт розглядаються як партнери в лікувальній діяльності: лікар, розуміючи особистісні особливості пацієнта і його психічний стан, здатний використовувати ці знання для оптимізації лікувального процесу; пацієнт здатний адекватно сприйняти ситуацію зі своїм здоров'ям, знайти взаєморозуміння з лікарем, конструктивно взаємодіяти з ним в процесі проведення медичних заходів.

Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта виявляє психологічний потенціал пацієнта як рефлексивного суб'єкта, що впливає на динаміку процесу лікування. За даними досліджень [10, 21, 99, 101, 102] встановлено, що в системах діагностики і трактування медичних досліджень, в діагностичному судженні переломлюється суб'єктивний, професійний досвід лікаря, змінюється коло розглянутих ознак і стратегій лікування та діагностики, а також діапазон можливих інтерпретацій результатів. Включення індивідуально-психологічних особливостей пацієнта в процесі діагностики та в трактування результатів лікувальних впливів дозволяє розширити діагностичні можливості, підвищує якість лікування і подальшої медико-психологічної реабілітації.

В свою чергу, професійна підготовка медиків вимагає включення широкого контексту психологічних знань і умінь. Включення в процес професіоналізації релевантних медичній професії індивідуальних властивостей і особливостей лікаря (рефлексивність, відповідальність, толерантність до невизначеності, смисложиттєві орієнтації та ціннісні

установки, раціональність, комунікативні та організаторські схильності) дозволяє інтенсифікувати його професійне зростання.

Основними характеристиками суб'єкт-суб'єктних відносин і рефлексивних позицій лікаря і пацієнта в спільній взаємодії можна визначити такі:

- наявність і усвідомлення суб'єктами лікування загальної і єдиної для всіх мети спільної діяльності;

- ставлення пацієнта до самого себе як до суб'єкта лікувального процесу; формування певного типу особистості пацієнта, який характеризується активністю, автономністю, самостійністю, психологічною готовністю брати на себе відповідальність за своє здоров'я;

- партнерські (психологічно рівні) відносини між суб'єктами лікування;

- наявність і оцінка зворотного зв'язку при здійсненні суб'єктами лікування своїх дій.

Розглянемо структурні елементи психологічної моделі взаємодії в системі «лікар-пацієнт». Віссю взаємодії виступає рефлексивність суб'єктів лікувальної діяльності, яка пов'язана з індивідуально-психологічними властивостями лікаря і пацієнта

При розробці моделі ми спиралися на дані В.В. Макерової [46] про сутнісні характеристики психологічних моделей. Нею виділяються такі характеристики, як:

1. Суб'єктність моделі. Модель суб'єктна, оскільки сама людина проводить відбір тих властивостей, в яких вона відповідає оригіналу. Модель і оригінал завжди знаходяться в відомій досліднику об'єктивній відповідності. У розробленій психологічній моделі розкривається суб'єкт-суб'єктна взаємодія лікаря і пацієнта з використанням рефлексивних технологій і розкриттям їх особистісного потенціалу.

2. Подвійна природа моделей. В процесі пізнання модель сама заміщає об'єкт, зберігає при цьому деякі важливі для дослідника риси і сама стає об'єктом безпосереднього дослідження. Модель – одночасно і передумова, і

засіб пізнання. Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта репрезентує спільну діяльність суб'єктів лікування через вибудовування відносин співробітництва, діалогу, стимулювання рефлексивності, відповідальності та довіри в процесі лікувальної діяльності.

3. Трансформація моделі. З моделлю можна робити те, що з оригіналом неможна. Можливість перетворень – фундаментальна та інформативна сторона методу моделювання. Модель застосовується для дослідження об'єктів, оперування з якими ускладнене або зовсім неможливо з етичних або організаційних причин. Графічна презентація психологічної моделі взаємодії лікаря і пацієнта дозволяє здійснити її перенесення на різні види надання допомоги різноманітних груп пацієнтів (стоматологічного, хірургічного та інших профілів).

4. Компактність моделі. Модель компактніше оригіналу і тому виступає в якості альтернативи фізичного експерименту. Моделі відтворюють об'єкт дослідження в спрощеній формі. На підставі теоретичного аналізу літератури та даних емпіричних досліджень [10, 21, 32, 35, 99, 101, 102] ми виділили провідні індивідуально-психологічні властивості лікаря і пацієнта як суб'єктів спільної лікарської діяльності і встановили, що віссю такої взаємодії є рефлексивність, формування і стимулювання якої лежить в основі найбільш оптимального і результативного лікування.

5. Специфічна інформативність моделі як засобу пізнання. Модель являє собою абстракцію: можна виділити такі властивості, які не представлені в цій моделі.

Психологічну модель взаємодії лікаря і пацієнта представлено на рис. 2.1.

Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта в лікувальній діяльності інтегрує в собі більшість принципів, характерних для біоетичної ситуації. Захист прав пацієнта в психологічній моделі взаємодії проявляється: в наданні хворому повної інформації про його захворюванні; в утвердженні



права на самовизначення пацієнта, на вибір медичного втручання, згідно з його розумінням і уявленням; в обов'язки лікаря реалізувати вибір хворого, з послідовним інформуванням його про хід і результати діагностичних процедур і лікування.

У зв'язку з цим роль лікаря в системі взаємовідносин за типом «суб'єкт-суб'єктна взаємодія» полягає у вирішенні наступних завдань: підготовка і подача інформації, яка повинна допомогти пацієнтові прийняти вірне рішення і при цьому бути вільною від елементів примусу і маніпуляції; визнання автономного рішення пацієнта; сумлінне здійснення лікування, обраного пацієнтом.



**Рис. 2.1. Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта**

Рівні відносин в процесі взаємодії лікаря і пацієнта в психологічній моделі: когнітивний, особистісний та поведінковий:

На *когнітивному* рівні відбувається сприйняття і оцінка зворотного зв'язку, здійснюється усвідомлення суб'єктами взаємодії загальної і єдиної мети спільної діяльності. Когнітивний рівень включає в себе рефлексивність суб'єктів.

На *особистісному* рівні інтегрується ставлення пацієнта до самого себе як до суб'єкта лікувального процесу, формування у нього певного типу особистості, що характеризується активністю, автономністю, самостійністю, психологічною готовністю брати на себе відповідальність за своє здоров'я. Особистісний рівень включає в себе особистісні якості суб'єктів лікувального процесу.

На *поведінковому* рівні формуються партнерські відносини між пацієнтом і лікарем, вибудовуються горизонтальні комунікаційні зв'язки, що мають добровільний характер і виключають будь-які форми примусу (діалог, співпраця, довіра). Поведінковий рівень характеризується суб'єкт-суб'єктною взаємодією лікаря та пацієнта.

Таким чином, психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта в лікувальній діяльності передбачає рівноправне партнерство в діалозі «лікар-хворий». Тим самим підвищується і відповідальність пацієнта в прийнятті рішення про лікування, профілактики захворювання, медичної реабілітації.

### РОЗДІЛ 3.

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА

### 3.1 Організація та методичне забезпечення дослідження

*Мета дослідження* полягає в емпіричному вивченні психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта.

В основу дослідження покладено *припущення* про те, що психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта являє собою інтегральне утворення, що реалізується на когнітивному (рефлексивність суб'єктів), особистісному (особистісні якості суб'єктів) та поведінковому рівнях (суб'єкт-суб'єктна взаємодія).

Емпіричне дослідження психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта проводилося на базі КНП «Міська лікарня №6» м. Запоріжжя. В дослідженні взяли участь 32 лікарів і 33 пацієнта, що перебували на стаціонарному лікуванні.

Емпіричне дослідження психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта проводилося в три етапи.

*Перший етап:* здійснення теоретичного аналізу психологічної літератури з теми дослідження, визначення підходів до вивчення проблеми, аналіз класичної моделі лікарської діяльності та особливостей професійної діяльності лікаря.

*Другий етап:* встановлення складових психологічної моделі лікарської діяльності; аналіз соціально-психологічних особливостей взаємодії лікаря з пацієнтом; розробка психологічної моделі взаємодії лікаря і пацієнта.

*Третій етап:* здійснення підбору надійного пакету діагностичних методик, формування дослідницької вибірки, проведення емпіричного

дослідження психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта, здійснення інтерпретації отриманих результатів.

Згідно з метою та гіпотезою дослідження було підібрано відповідний психодіагностичний інструментарій, який склали наступні методики:

- «Методика діагностики рівня рефлексивності» (авт. А.В. Карпов) [26];
- «Рівень суб'єктивного контролю» (авт. Є. Бажин, С. Голикіна, О. Еткінд) [65];
- «Особистісні чинники прийняття рішень» (ЛФР-25) (авт. Т.В. Корнілова) [33];
- «Шкала толерантності до невизначеності» (авт. Д. Маклейн; адапт. О.Г. Луковицька);
- «Методика діагностики ціннісних орієнтацій» (авт. М. Рокіч) [65];
- «Опитувальник вольових якостей особистості» (авт. М. В. Чумаков) [92];
- «Орієнтаційні стилі професійно-діяльнісного спілкування» (авт. О.В. Морозов) [65].

Надамо коротку характеристику обраних методик.

*Методика діагностики рівня рефлексивності* (авт. А.В. Карпов) з метою діагностики рівня розвитку рефлексивності ми скористались методикою А.В. Карпова. Методика базується на теоретичному конструкті, положення якого можна резюмувати наступним чином:

- рефлексивність як психічна властивість є однією з основних граней інтегративної психічної реальності, яка співвідноситься з рефлексією в цілому. Двома іншими її модусами є рефлексія в її процесуальному статусі і рефлектування як особливий психічний стан. Ці три модусу найтіснішим чином пов'язані між собою і взаємодетермінують одне одного, утворюючи на рівні їх синтезу якісну визначеність, що позначається поняттям «рефлексія»;
- загальна властивість рефлексивності включає такі два типи спрямованості, як інтрапсихічна рефлексія (здатність до сприйняття змісту своєї власної психіки і її аналізу) та інтерпсихічна рефлексія (здатність до

розуміння психіки інших людей), а рівень розвитку цієї властивості є похідним від них одночасно;

- існує три головних типів рефлексії: ситуативна (безпосередній самоконтроль поведінки людини в актуальній ситуації, осмислення її елементів, аналіз того, що відбувається, здатність суб'єкта до співвідношення своїх дій з ситуацією і їх координації відповідно до умов, що змінюються), ретроспективна (схильність до аналізу вже виконаної в минулому діяльності і доконаних подій) та перспективна (аналіз майбутньої діяльності, поведінки; планування як таке; прогнозування можливих фіналів).

Методика містить 27 тверджень, оцінити які необхідно за 7-бальною шкалою: 1 – абсолютно невірно; 2 – невірно; 3 – скоріше невірно; 4 – не знаю; 5 – скоріше вірно; 6 – вірно; 7 – абсолютно вірно. Оцінка результату здійснюється шляхом підрахування набраних балів та їх переводу в стени: 7 та більше стенів свідчать про високорозвинену рефлексивність; в діапазоні від 4 до 7 стенів – індикатори середнього рівня рефлексивності; менші 4-х стенів – свідчать про низький рівень розвитку рефлексивності.

*Методика вивчення рівня суб'єктивного контролю* (авт. Є. Бажин, С. Голикіна, О. Еткінд). В методиці діагностується локус контролю в ситуаціях досягнення, в ситуаціях невдачі, в галузі виробничих і сімейних відносин, в галузі охорони здоров'я.

З метою підвищення достовірності результатів опитувальник збалансований за наступними параметрами:

1) з інтернальності-екстернальності – половина з пунктів опитувальника сформульована таким чином, що позитивну відповідь на них дадуть люди з інтернальним локусом контролю, а інша половина сформульована так, що позитивну відповідь на неї дадуть люди з екстернальним локусом контролю;

2) з емоційного знаку – рівну кількість пунктів опитувальника описують емоційно позитивні і емоційно негативні ситуації;

3) у напрямку атрибуцій – рівну кількість пунктів сформульовано в першій і третій особі.

Всього опитувальник УСК складається з 44 пунктів, призначений для дослідницьких цілей, вимагає відповіді по 6-бальною шкалою «-3, -2, -1, +1, +2, +3», в якій відповідь «+3» означає «повністю згоден», «- 3» – «абсолютно не згоден» за даним пунктом.

Результати заповнення опитувальника окремим досліджуваним перетворюються в стандартну систему одиниць-стіною і можуть бути наочно представлені у вигляді профілю суб'єктивного контролю.

Показники методики організовані відповідно до принципу ієрархічної структури системи регуляції діяльності таким чином, що включають в себе узагальнений показник індивідуального рівню локус контролю, інваріантний до частих ситуацій діяльності, два показника середнього рівня спільності, диференційовані з емоційного знаку цих ситуацій, і низку ситуаційно-специфічних показників.

Методика «*Особистісні чинники прийняття рішень*» (ЛФР-25) Т.В. Корнілової призначена для діагностики двох особистісних властивостей – готовності до ризику і раціональності – як психологічних змінних, що відображають характеристики особистісної регуляції виборів суб'єкта (як прийняття рішень) в широкому контексті життєвих ситуацій.

Методика містить 25 пунктів, де використовується трьох категоріальна відповідь:

- 1 – «вислів добре мене характеризує»;
- 0 – «характеризує мене наполовину»;
- 1 – «вислів до мене не відноситься».

Методика оснований на припущенні про можливість усвідомлення особистістю того, якою мірою для неї характерні продуктивні способи вирішення ситуацій невизначеності, тобто пункти, що входять до опитувальника, відображають суб'єктивні репрезентації особистісного ризику в самосвідомості.

В основі підбору пунктів опитувальника лежала методика Q-сортування німецького психолога Х. Вольфрама – EQS, що включала спочатку 3 шкали – нерішучості, ризикованості та раціональності. В анкетах ЛФР були посилені 2 останні шкали, а шкала нерішучості прибрана, оскільки виявилася пов'язаною з тривожністю, але не з характеристиками виборів суб'єкта.

Готовність до ризику в концепції Т.В. Корнілової розуміється як особистісна властивість саморегуляції, що дозволяє людині приймати рішення і діяти в ситуаціях невизначеності. Тобто, це не стільки особистісна диспозиція, скільки досить генералізована характеристика способів виходу суб'єкта з ситуацій невизначеності. Як індивідуальна характеристика ця готовність передбачає також оцінку суб'єктом свого минулого досвіду (з точки зору почуття «Я ризикую», результативності своїх дій в ситуаціях шансу, вміння покладатися на себе без достатнього орієнтування в ситуації). Готовність до ризику пов'язується з різними видами активності, в тому числі і з такими, що мають неадаптивний характер. Критерій прийняття ризику включає акт суб'єктивної оцінки: ризик з точки зору суб'єкта є там, де ним не тільки виявлено невідповідність необхідних або потенційних можливостей в управлінні ситуацією, але і де невизначеною є оцінка самого потенціалу своїх можливостей.

Шкала «раціональності» вимірює готовність обдумувати свої рішення і діяти при можливо повному орієнтуванні в ситуації, що може характеризувати різні, в тому числі і ризиковані рішення суб'єкта.

За даними діагностики робиться висновок про те, чи є індивідуальний показник досліджуваного заниженим (потрапляє в чверть найнижчих результатів), завищеним (у чверть найбільш високих балів) або типовим для осіб даної вибірки.

*«Шкала толерантності до невизначеності»* (авт. Д. Маклейн; адапт. О.Г. Луковицька) вимірює схильність особистості до жорсткої регламентації життя і повної популярності відбувається, або відкритості і невизначеності.

Розроблено Д. Маклейном в 1993 році під назвою Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-I (скор. MSTAT-I), вперше перекладена і адаптована О.Г. Луковицькою в 1998 році.

Спочатку поняття про толерантність до невизначеності (ТН) було введено в 1951 році в роботах Е. Френкель-Брансвік (Frenkel-Brunswick), який висловив припущення, що заперечення емоційної амбівалентності і непереносимість ситуацій когнітивної невизначеності є проявами однієї і тієї ж особистісної риси. У свою чергу, це положення перегукується з загально гуманістичними концепціям, згідно з якими відкрита, актуалізована особистість прагне до ситуацій, що найбільш розкривають її потенціал, тобто до найменш визначених. Відповідно, переносимість відкритості і невизначеності навколишнього і того, що відбувається може служити характеристикою особистості з гуманістичних позицій як зрілу, таку, що самоактуалізується, відкриту до нового досвіду. Уникнення ж невизначеності, відповідно, свідчить про протилежну спрямованість особистості.

На додаток до списку поведінкових диспозицій, виділених Е. Френкель-Брансвік, С. Бохнер ввів поняття вторинних характеристик ТН, відносячи до них такі особистісні риси, як авторитаризм, догматизм, ригідність, закритість до нового, наявність етнічних забобонів, низька креативність, тривожність, схильність до екстрапунітивних реакцій, агресивність.

Автор опитувальника визначає толерантність до невизначеності як спектр реакцій (від відкидання до потягу) на стимули, які сприймаються індивідом як незнайомі, складні, мінливі або дають можливість декількох принципово різних інтерпретацій.

Респонденти з більш високою толерантністю до невизначеності мають значимо більш високу самооцінку і більш низький показник комплексу неповноцінності, значимо вище оцінюються іншими, сприймають невизначену ситуацію як стимулюючу і менш емоційно насичену. Чим більш



емоційно і духовно насичена життя особистості, тим більше невизначеності і суперечливості вона помічає в навколишньому світі.

Опитувальник Д. Маклейна являє собою набір з 22 тверджень, згоду з якими респондентам пропонується оцінити за семибальною шкалою. Для отримання індивідуального балу толерантності до невизначеності необхідно підсумувати чисельні значення відповідей на прямі пункти і відняти від них суму відповідей на зворотні пункти. Отриманий сумарний бал може приймати значення від -66 до +66. Негативні значення свідчать про те, що опитаний відчуває дискомфорт в складних, неоднозначних, невизначених ситуаціях, боїться невідомості, намагається внести в своє життя і навколишнє середовище максимальну ясність і однозначність, часто шляхом штучного спрощення складної реальності і закривання очей на реально існуючі складні для нього проблеми. Позитивні значення свідчать про те, що респондент усвідомлює і приймає складність, неоднозначність і непередбачуваність навколишнього світу, мириться з нею і враховує її в своїх діях; він схильний підходити до проблем творчо, а не шаблонно, не схильний до стереотипів.

*Методика діагностики ціннісних орієнтацій* (авт. М. Рокич). Система ціннісних орієнтацій визначає змістовну сторону спрямованості особистості і складає основу її ставлення до навколишнього світу, до інших людей, до себе самої, основу світогляду і ядро мотивації життєдіяльності, основу життєвої концепції і «філософії життя».

Методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича заснована на прямому ранжуванні списку цінностей. М. Рокич розрізняє два класи цінностей:

- термінальні – переконання в тому, що кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути;
- інструментальні – переконання в тому, що якийсь образ дій або властивість особистості є кращим в будь-якій ситуації.

Цей поділ відповідає традиційному поділу на цінності-цілі і цінності-засоби.

Респонденту пред'являються два списки цінностей (по 18 у кожному), або на аркушах паперу в алфавітному порядку, або на картках. У списках респондент присвоює кожній цінності ранговий номер, а картки розкладає по порядку значимості. Спочатку пред'являється набір термінальних, а потім набір інструментальних цінностей.

Домінуюча спрямованість ціннісних орієнтацій людини фіксується як займана ним життєва позиція, яка визначається за критеріями рівня залученості до сфери праці, до сімейно-побутової і дозвільної активності. Якісний аналіз результатів дослідження дає можливість оцінити життєві ідеали, ієрархію життєвих цілей, цінностей-засобів і уявлень про норми поведінки, які людина розглядає як еталон.

Аналізуючи ієрархію цінностей, слід звернути увагу на їх угруповання досліджуваним в змістовні блоки на тих чи інших засадах.

*Опитувальник вольових якостей особистості* (авт. М. В. Чумаков). Методика спрямована на загальну оцінку ступеня розвитку емоційно-вольової регуляції, яка забезпечує свідому, навмисну, здійснювану на основі власного рішення, поведінку.

Опитувальник містить 9 шкал (відповідальність, ініціативність, рішучість, самостійність, витримка, наполегливість, енергійність, уважність, цілеспрямованість) та 78 питань. Первинна обробка прямих питань передбачає присвоєння:

- 3 балів за відповідь «вірно»;
- 2 балів за відповідь «скоріше вірно»;
- 1 бал за відповідь «скоріше невірно»;
- 0 балів за відповідь «невірно».

Первинна обробка зворотних питань передбачає нарахування балів в зворотному напрямку. Бали за шкалами підраховуються на основі ключа до опитувальника. Підсумковий бал виходить підсумовуванням балів за 9-ти шкалами. Сирі бали перекладаються у стени.

«Орієнтаційні стилі професійно-діяльнсного спілкування» (авт. О.В. Морозов). Методика призначена для того, щоб визначити, який з чотирьох орієнтаційних стилів або їх поєднання домінують в професійно-діяльнсної спілкуванні. Методика містить 80 тверджень та 4 шкали: орієнтація на дію; орієнтація на процес; орієнтація на людей; орієнтація на перспективу.

Підрахунок балів здійснюється згідно з ключем: за кожен позитивну відповідь нараховується 1 бал; максимальна кількість балів за кожним стилем – 20. Той стиль, за яким досліджуваний набрав найбільшу кількість балів, є домінуючим.

В табл. 3.1 подано психодіагностичний інструментарій дослідження відповідно до рівнів прояву психологічної складової взаємодії лікаря та пацієнта.

Таблиця 3.1

**Психодіагностичний інструментарій дослідження психологічної складової взаємодії лікаря та пацієнта**

Лікарі	Пацієнти
Когнітивний рівень	
<i>Рефлексивність</i> «Методика діагностики рівня рефлексивності» (авт. А.В. Карпов)	<i>Рефлексивність</i> «Методика діагностики рівня рефлексивності» (авт. А.В. Карпов)
Особистісний рівень	
<i>Відповідальність</i> «Рівень суб'єктивного контролю» (авт. Є. Бажин, С. Голикіна, О. Еткінд)	<i>Відповідальність</i> «Рівень суб'єктивного контролю» (авт. Є. Бажин, С. Голикіна, О. Еткінд)
<i>Здатність до прийняття рішень</i> «Особистісні чинники прийняття рішень» (ЛФР-25) (авт. Т.В. Корнілова)	<i>Ціннісні орієнтації</i> «Методика діагностики ціннісних орієнтацій» (авт. М. Рокич)
<i>Толерантність до невизначеності</i> «Шкала толерантності до невизначеності» (авт. Д. Маклейн; адапт. О.Г. Луковицька)	<i>Вольові якості</i> «Опитувальник вольових якостей особистості» (авт. М. В. Чумаков)
Поведінковий рівень	
<i>Стили взаємодії</i> «Орієнтаційні стилі професійно-діяльнсного спілкування» (авт. О.В. Морозов)	<i>Стили взаємодії</i> «Орієнтаційні стилі професійно-діяльнсного спілкування» (авт. О.В. Морозов)

### **3.2. Результати дослідження когнітивного рівня психологічної складової взаємодії лікаря та пацієнта**

Згідно з розробленою моделлю, на *когнітивному* рівні відбувається сприйняття і оцінка зворотного зв'язку, здійснюється усвідомлення суб'єктами взаємодії загальної і єдиної мети спільної діяльності. Когнітивний рівень включає в себе рефлексивність суб'єктів.

*Рефлексивність* як психічна властивість являє собою одну з основних граней інтегративної психічної реальності. Рефлексивність забезпечує безпосередній самоконтроль поведінки людини в актуальній ситуації, осмислення її елементів, аналіз того, що відбувається, здатність суб'єкта до співвідношення своїх дій з ситуацією і їх координації відповідно до умов, що змінюються і власним станом. Поведінковими проявами і характеристиками цього виду рефлексії є, зокрема, час обмірковування суб'єктом своєї поточної діяльності; то, наскільки часто він вдається до аналізу того, що відбувається; ступінь розгорнення процесів прийняття рішення; схильність до самоаналізу в конкретних життєвих ситуаціях. Рефлексивність проявляється також у схильності до аналізу вже виконаної в минулому діяльності і доконаних подій. Рефлексивність співвідноситься з функцією аналізу майбутньої діяльності, поведінки; плануванням як таким; прогнозуванням можливих фіналів і ін. Її основні поведінкові характеристики: ретельність планування деталей своєї поведінки, частота звернення до майбутніх подій, орієнтація на майбутнє. Результати вивчення рефлексивності лікарів та пацієнтів представлені в табл. 3.2.

У групі лікарів за показником «рефлексивність» було отримано середнє значення 135,8 балів (6 стевів з 10 можливих), що відповідає середньому рівню рефлексивності: лікарям властиво замислюватися над тим, що відбувається, над причинами своїх дій і вчинків інших людей, над їх наслідками, вони намагаються планувати свою діяльність і розглядають різні варіанти при прийнятті рішення.

Таблиця 3.2

**Показники рефлексивності лікарів та пацієнтів (бали, стени)**

Показники рефлексивності	Лікарі		Пацієнти	
	Середнє значення (бали)	Стени	Середнє значення (бали)	Стени
		135,8	6	123,01
Максимально можливий результат	172 – 189	10	172 – 189	10

Середній рівень характеризується переважанням інтрапсихічної чи інтерпсихічної спрямованості рефлексії, що вказує на схильність респондентів розмірковувати про зовнішні події та думки інших людей, або занурюватися у власні переживання. Такі дані також свідчать про те, що для більшості фахівців характерне послаблення здатності до самоаналізу та розуміння себе, водночас, прагнення до самопізнання домінує у внутрішньому світі цих досліджуваних.

У реабілітаційний період, в період профілактики хронічних захворювань особливо значущою стає відповідальність пацієнта за своє здоров'я. Відповідальність за себе передбачає бажання, мотивацію, здатність індивідуума підтримувати стиль поведінки, що сприяє зміцненню здоров'я і відмова від дисфункціонального способу життя. Почуття власної відповідальності, готовності хворих виконувати розпорядження лікарів і медичного режиму полягає в їх мотивованості і вольових інтенціях. В профілактичний і реабілітаційний період перенесення відповідальності за одужання на пацієнта, підвищення його інтернального локусу контролю припускають актуалізацію довільних змін щодо процесу одужання, зміна статусу хворого.

Пацієнт – суб'єкт лікувальної діяльності, який здійснює самоконтроль і саморегуляцію в реабілітаційному та профілактичному процесі лікування,

має грати рівну роль з лікарем. Від ціннісних настанов пацієнта, мотивації, пов'язаної зі збереженням здоров'я, атрибуції відповідальності залежить, в кінцевому підсумку, успіх лікування. Водночас, за даними досліджень [88], дотримання пацієнтами вимог щодо модифікації способу життя і стилю поведінки залишається проблемою. Очевидна небезпека пасивного, інертного способу життя і стилю поведінки хворих в період реабілітації, перенесення відповідальності на лікаря. Для надання допомоги хворим з хронічним захворюванням в профілактичний і реабілітаційний період необхідно використовувати і стимулювати такі його ресурси як відповідальність, мотивацію, вольові інтенції.

Розглянемо результати вивчення *рефлексивності* пацієнтів.

Як було зазначено, найважливіша функція рефлексивності полягає в структуруванні своїх, усвідомлюваних суб'єктом, психічних властивостей, їх довільному контролю і корекції. Рефлексія акумулює і інтегрує всі базові психічні процеси, властивості, стани. Як психічна властивість, рефлексивність також виступає як метаякість, що відкриває можливість регуляції і контролю за всіма первинними якостями.

Згідно з отриманими даними, середній показник за групою пацієнтів склав 123,01 балів (5 стевів з 10 можливих) – середній рівень розвитку рефлексивності. Такі дані пояснюються особливостями ставлення досліджуваних до свого захворювання, якою мірою вони усвідомлюють складність і кінцевий результат захворювання.

Наскільки особистість може усвідомлювати стан свого здоров'я, наскільки може швидко і енергійно обміркувати ситуацію, що склалася і прийняти найбільш доцільні та обґрунтовані рішення. Коли пацієнт починає сприймати своє захворювання як загрозливу ситуацію для здоров'я, у нього підвищується почуття тривоги за результат, яке може супроводжуватися напругою, занепокоєнням, нервозністю, емоційними або невротичними зривами. Така ситуація як правило призводить до того, що людина починає рефлексувати свої дії, свій стан, орієнтацію на майбутнє.

### 3.3. Особистісний рівень взаємодії суб'єктів лікувальної діяльності

На *особистісному* рівні інтегрується ставлення пацієнта до самого себе як до суб'єкта лікувального процесу, формування у нього певного типу особистості, що характеризується активністю, автономністю, самостійністю, психологічною готовністю брати на себе відповідальність за своє здоров'я. Особистісний рівень включає в себе особистісні якості суб'єктів лікувального процесу.

#### 3.3.1. Вивчення особистісно-професійних якостей лікарів

Розглянемо результати дослідження *інтернальності (відповідальності)* лікарів.

В основу визначення рівня суб'єктивного контролю особистості (відповідальності) покладені дві причини: по-перше, люди різняться між собою по тому, як і де вони локалізують контроль за значущими для себе подіями. Можливі два полярні типи такої локалізації: екстернальний і інтернальний. У першому випадку людина вважає, що події, які відбуваються з нею – результат дії зовнішніх сил, випадковостей, інших людей. У другому – людина інтерпретує значущі події як результат своєї власної діяльності. По-друге, локус контролю, характерний для індивіда, універсальний по відношенню до будь-яких типів подій і ситуацій, з якими доводиться стикатися. Один і той же тип контролю характеризує поведінку особистості у випадку невдач і в сфері досягнень, причому це рівною мірою стосується різних областей соціального життя.

Нормою рівня суб'єктивного контролю є 5,5 стенов. Якщо показник відхилений від норми вліво ( $<5,5$ ), то це свідчить про екстернальний тип суб'єктивного контролю, якщо вправо ( $>5,5$ ), то це свідчить про інтернальний тип локус контролю. Результати вивчення локус контролю лікарів подано у табл. 3.3 та рис. 3.1.

В досліджуваних лікарів спостерігається середній з тенденцією до високого рівень суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями (7,97 стенив). Респонденти вважають, що більшість важливих подій в житті є результатами їх власних дій, що вони можуть ними керувати, і, таким чином, вони відчують власну відповідальність за своє життя в цілому. Це досить впевнені у собі особи, спокійні і доброзичливі, які усвідомлюють сенс і цілі життя.

Таблиця 3.3

**Показники локус контролю досліджуваних лікарів (стени)**

Шкали	Показники локус контролю (стени)
Загальний рівень локус контролю (Із)	7,97
Інтернальність в галузі досягнень (Ід)	9,73
Інтернальність в виробничих відносинах (Іп)	8,34
Інтернальність в галузі невдач (Ін)	9,2
Інтернальність в сімейних відносинах (Іс)	7,64
Інтернальність в галузі міжособистісних відносин	4,14
Інтернальність в галузі здоров'я і хвороби (Із)	3,27

Високий показник за шкалою *інтернальності в галузі досягнень* (Ід=9,73 стенив) свідчить про те, що досліджувані лікарі мають високий рівень суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями,

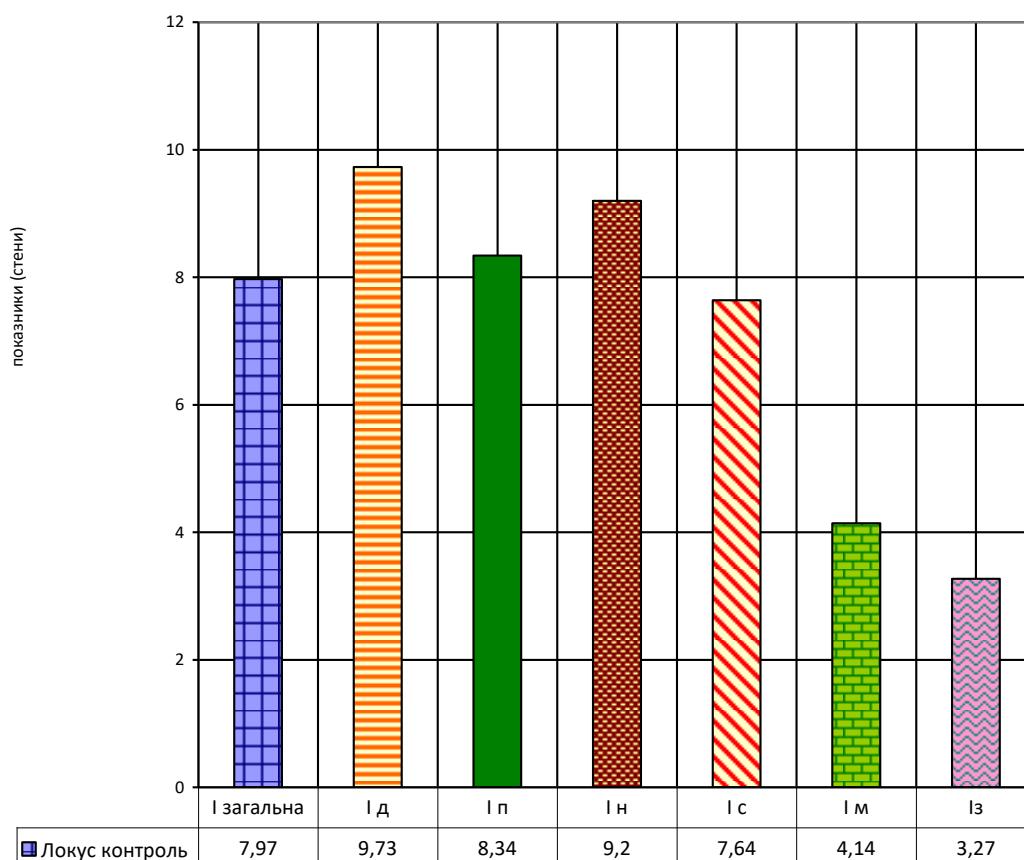


вважають, що всього досягнутого в житті вони домоглися самостійно і що вони здатні йти до наміченої мети в майбутньому.

Отриманий високий результат за шкалою *інтернальності в галузі виробничих (професійних) відносин* ( $I_p=8,34$  стенив) дозволяє припустити, що респонденти вважають себе і свої дії досить важливим фактором організації власної професійної діяльності.

Високий показник за шкалою *інтернальності в галузі невдач* ( $I_n=9,2$  стенив) свідчить про те, що досліджувані вважають себе відповідальними за невдачі і промахи, що відбуваються в їх житті.

Показник за шкалою *інтернальності в сімейних відносинах* знаходиться в межах середнього рівня з тенденцією до високого ( $I_c=7,64$  стенив). Це свідчить про те, що досліджувані в залежності від ситуації схильні перекладати відповідальність за збереження сімейних відносин на інших членів своєї сім'ї.



**Рис. 3.1. Показники локусу контролю досліджуваних лікарів (стени)**

Низький результат за шкалою *інтернальності в галузі міжособистісних відносин* ( $M=4,14$  балів) дозволяє говорити про те, що досліджувані лікарі не відчувають себе здатними викликати повагу і симпатію інших людей.

І нарешті, низький результат за шкалою *інтернальності в галузі здоров'я і хвороби* ( $M=3,27$ ) свідчить про те, що респонденти не вважають себе відповідальним за своє здоров'я і вважають, що одужання залежить від дій лікаря і медичного персоналу.

Більш наочно результати представлено в рис. 3.1.

Таким чином, лікарям властиво брати на себе відповідальність в таких галузях життєдіяльності, як досягнення, невдачі, виробничі та сімейні відносини. Вони схильні перекладати відповідальність на інших людей або ситуацію в галузі міжособистісних відносин, а також свого здоров'я.

Перейдемо до результатів дослідження *раціональності / готовності до ризику* лікарів.

За допомогою методики Т.В. Корнілової ми виявили рівень раціональності і готовності до ризику в групі лікарів. Готовність до ризику розуміється як вміння приймати рішення в умовах невизначеності. Отримані дані подано в табл. 3.4.

Таблиця 3.4.

#### Особистісні чинники прийняття рішень у лікарів (бали)

Особистісні чинники	Середнє значення
Готовність до ризику	8,33
Раціональність	4,51

Середній груповий показник раціональності досліджуваних 8,33 балів, готовності до ризику – 4,51 балів. Високі бали за показником раціональності свідчать про вираженість раціональності в прийнятті рішень, готовності

обмірковувати свої вчинки, а також діяти при якомога повному орієнтуванні в ситуації.

В цілому, показники раціональності відповідають таким особистісним рисам, як високий рівень інтелекту, підозрілість, розвинена уява, проникливість, розважливість (хитрість, досвідченість), заклопотаність, схильність до почуття провини; радикалізм (свобода думки), самодостатність (орієнтування на власні рішення).

Згідно з отриманими даними, досліджувані не схильні до ризику. Таким чином, досліджувані лікарі характеризуються більшою раціональністю (обмірковування підстав своїх рішень і дій на основі розрахунку), ніж готовністю до ризику (дієвої апробації різних шляхів досягнення мети, готовністю діяти без повного виявлення орієнтирів, активно шукати нехай малоімовірний, але шанс на успіх).

Розглянемо результати дослідження *толерантності до невизначеності* лікарів (табл. 3.5). Шкала толерантності до невизначеності дозволяє вимірювати генералізовану особистісну властивість, що означає прагнення людини до змін, новизні та оригінальності; готовність йти невідомими шляхами і вирішувати більш складні завдання; можливість самостійного вибору і виходу за рамки прийняття обмеження. Інтолерантність до невизначеності фокусує прагнення до впорядкованості у всьому і неприйняття невизначеності, прийняття чільну роль правил і принципів, дихотомічний поділ правильних і неправильних способів дій, думок і цінностей.

Таблиця 3.5

**Показники толерантності до невизначеності лікарів (бали)**

Показник толерантності до невизначеності	Середнє значення (бали)
	12,84
Діапазон можливих результатів	-10 – +25

Середній показник за вибіркою становить 12,84 балів (мінімальне значення за шкалою -10 балів, максимальний – 25 балів). Позитивні значення, продемонстровані досліджуваними, говорять про те, що вони усвідомлюють і приймають складність, неоднозначність і непередбачуваність навколишнього світу, однак миряться з нею і враховують її в своїх діях; вони схильні підходити до проблем творчо, а не шаблонно, не схильні до стереотипів. Респонденти більш схильні сприймати себе суб'єктом власних дій і контролювати власне життя; вони оптимістично оцінюють власні успіхи і невдачі і схильні очікувати успіх в майбутньому. Толерантність до невизначеності також значимо взаємопов'язана з більш високим рівнем психологічного благополуччя.

### **3.3.2. Вивчення особистісних якостей пацієнтів**

Розглянемо результати вивчення *локус контролю* пацієнтів.

За даними дослідників [9, 181-183] екстернальний контроль є когнітивно простим, характерним для людей з обмеженим поведінковим репертуаром, закритим для новоутворень, а інтернальний – когнітивно більш складним, з великою кількістю ступенів свободи і відкритим способом поведінки. Для особистості з когнітивно складним контролем характерна висока диференціація сприйняття і віддаленість емоційної оцінки від інтелектуальної; довільність в глибині семантичної обробки; соціальна пластичність; здатність усвідомлювати більше своїх якостей; здатність до високого ступеня емпатії та розуміння мотивів іншої людини; орієнтація на майбутнє в своїх тимчасових перспективах. Для особистості з когнітивно спрощеним контролем характерні: оціночно-афективне з'єднання якості і оцінки; конкретне мислення і догматичність суджень; емоційна нестабільність; біполяризація семантичного простору; привабливість інших людей оцінюється за ступенем схожості з собою; вкорочена тимчасова перспектива.

Центральна тенденція розвитку відповідальності проявляється у виникненні додаткового внутрішнього механізму регуляції, що означає становлення людини як активного суб'єкта. Внаслідок цього виникає перенесення інстанції, перед якою людина тримає звіт з зовнішнього рівня на внутрішній, тобто стаючи активним суб'єктом діяльності, людина відповідає за свої дії перш за все перед самим собою [9, с. 181-183].

Результати вивчення локус контролю пацієнтів подано у табл. 3.6 та рис. 3.2.

*Таблиця 3.6*

**Показники локус контролю досліджуваних пацієнтів (стени)**

Шкали	Показники локус контролю (стени)
Загальний рівень локус контролю (Із)	5,51
Інтернальність в галузі досягнень (Ід)	5,42
Інтернальність в виробничих відносинах (Іп)	4,67
Інтернальність в галузі невдач (Ін)	5,28
Інтернальність в сімейних відносинах (Іс)	5,89
Інтернальність в галузі міжособистісних відносин	6,02
Інтернальність в галузі здоров'я і хвороби (Із)	4,57

За шкалою загальної інтернальності в досліджуваних пацієнтів зафіксовано результат 5,48 стенив (при нормі 5,5), тобто прикордонний результат між екстернальністю / інтернальністю. Це означає, що для

більшості досліджуваних характерно в залежності від окремої ситуації приписувати відповідальність за події в житті та результати своєї діяльності, як власним здібностям і зусиллям, так і зовнішнім чинникам або діям інших людей. Узагальнення різних експериментальних даних дозволяє говорити про екстерналів як про людей з підвищеною тривожністю, занепокоєнням. Їх відрізняє конформність, менша терпимість до інших і підвищена агресивність, менша популярність в порівнянні з інтерналами.

Занижений показник за шкалою *інтернальності в галузі досягнень* ( $I_d=5,42$  стенів) свідчить про те, що досліджувані зазвичай приписують свої успіхи, досягнення і радості зовнішнім обставинам – везінню, щасливій долі або допомоги іншим людям.

Отриманий низький результат за шкалою *інтернальності в галузі виробничих (професійних) відносин* ( $I_p=4,67$  стенів) дозволяє припустити, що респонденти схильні приписувати більш важливе значення зовнішнім обставинам – керівництву, товаришам по роботі, везінню – невезенію.

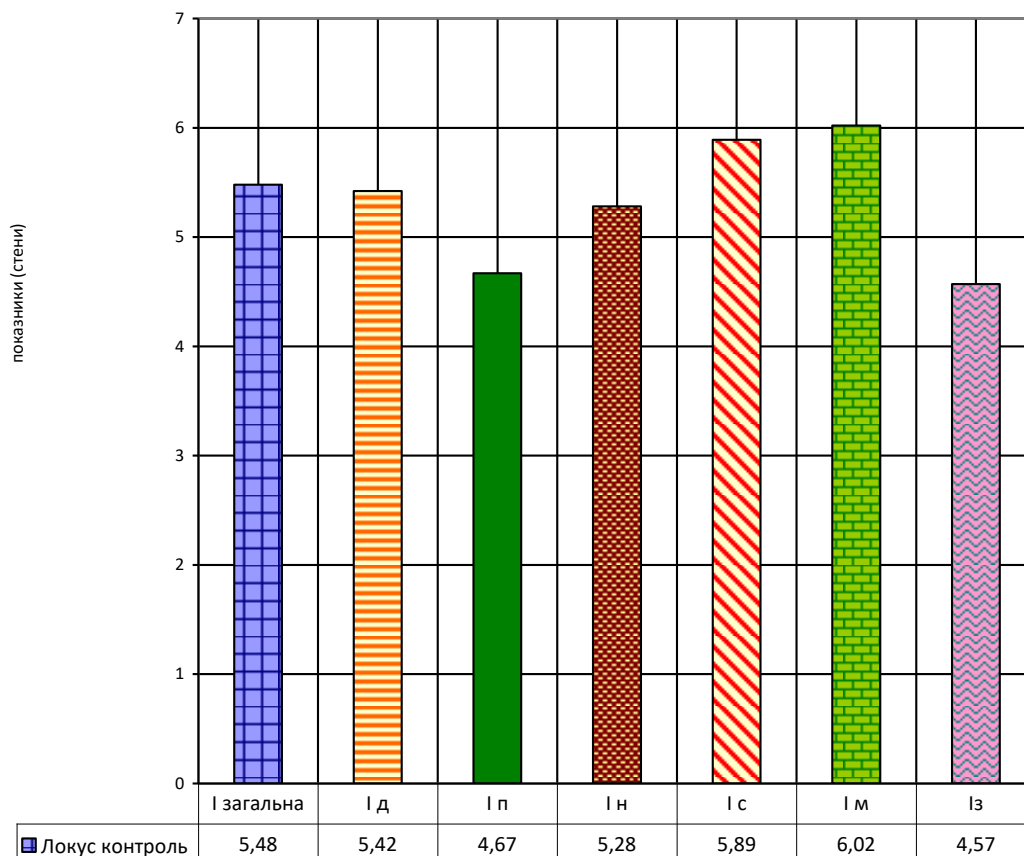
Високий показник за шкалою *інтернальності в галузі невдач* ( $I_n=5,28$  стенів) свідчить про те, що досліджувані досліджувані схильні приписувати відповідальність за невдачні події іншим людям або вважати ці події результатом невезіння.

Показник за шкалою *інтернальності в сімейних відносинах* знаходиться в межах середнього рівня з тенденцією до високого ( $I_c=5,89$  стенів). Це свідчить про те, що досліджувані зазвичай вважають себе відповідальним за події, що відбуваються в їх сімейному житті, але іноді, в залежності від ситуації, схильні перекладати відповідальність за збереження сімейних відносин на інших членів своєї сім'ї.

Високий результат за шкалою *інтернальності в галузі міжособистісних відносин* ( $I_m=6,02$  стенів) дозволяє говорити про те, що досліджувані вважають себе в силах контролювати свої формальні і неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу і симпатію.

І нарешті, досить низький результат за шкалою *інтернальності в галузі здоров'я і хвороби* ( $I_z=4,57$ ) свідчить про те, що респонденти не вважають себе відповідальним за своє здоров'я; на їхню думку одужання залежить від дій лікаря і медичного персоналу.

Більш наочно результати представлено на рис. 3.2.



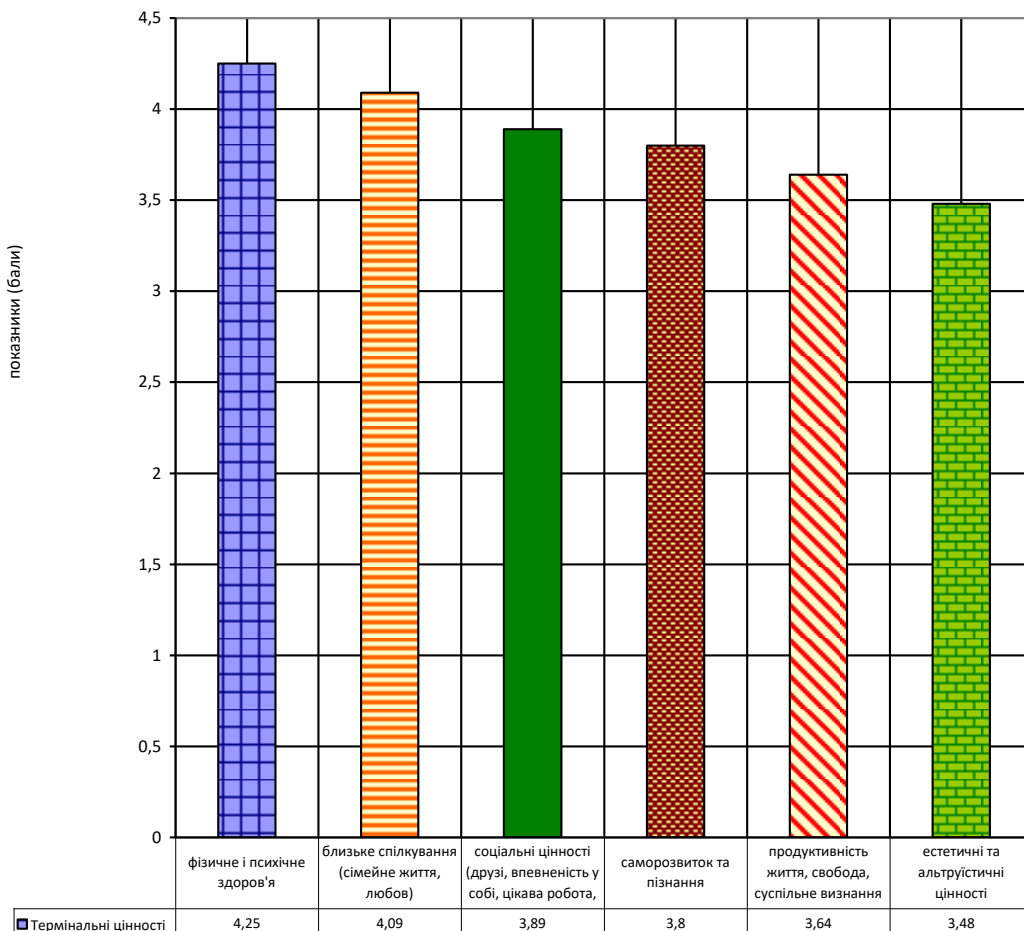
**Рис. 3.2. Показники локусу контролю досліджуваних пацієнтів (стени)**

Дослідження [35] самооцінок людей з різними типами локусу контролю показало, що люди з низьким рівнем суб'єктивного контролю характеризують себе як егоїстичних, залежних, нерішучих, несправедливих, метушливих, ворожих, невпевнених, нещирих, несамотійних, дратівливих. Люди з високим рівнем суб'єктивного контролю вважають себе добрими, незалежними, рішучими, справедливими, здібними, дружелюбними, чесними, самотійними, незворушними. Таким чином, локус контролю пов'язаний з відчуттям людиною своєї сили, гідності, відповідальності за те,

що відбувається, з самоповагою, соціальною зрілістю і самостійністю особистості.

Перейдемо до розгляду результатів вивчення *цінностей* досліджуваних за допомогою методики діагностики ціннісних орієнтацій М. Рокича.

М. Рокич розглядав цінності як різновид стійкого переконання, що якась мета або спосіб існування кращий, ніж інший. Термінальні цінності – переконання в тому, що певна кінцева мета індивідуального існування (наприклад, щасливе сімейне життя, мир у всьому світі) з особистої і суспільної точок зору варта того, щоб до неї прагнути; інструментальні цінності – переконання в тому, що якийсь образ дій (наприклад, чесність, раціоналізм) є з особистої і суспільної точок зору кращим у будь-яких ситуаціях. Результатів вивчення цінностей досліджуваних подано на рис.3.3 та 3.4.



**Рис. 3.3. Середні значення показників термінальних досліджуваних пацієнтів (бали)**



За отриманими результатами в ієрархії термінальних цінностей більшість досліджуваних на перше місце поставили психічне і фізичне здоров'я (4,25 балів). Такий результат цілком закономірний, оскільки зазначена цінність відображає фундаментальні людські фізіологічні потреби і потреба в безпеці, без хоча б часткового задоволення яких неможливе повноцінне існування і розвиток індивіда. Респонденти знаходяться в змінених умовах життєдіяльності, оскільки зобов'язані докладати зусилля для забезпечення збереження свого здоров'я.

Далі з невеликим відривом йдуть цінності близького спілкування (4,09 балів): щасливе сімейне життя, любов як духовна і фізична близькість з коханою людиною, що також відображає наступний щабель в класичній ієрархії А. Маслоу [51, 52] – соціальні потреби в приналежності і любові. Приблизно таке ж значення для респондентів має матеріально забезпечене життя.

У наступну за значущістю групу цінностей увійшли також соціальні цінності (3,89 балів): наявність хороших і вірних друзів, впевненість в собі, яка безпосередньо пов'язана із зовнішнім соціальним оточенням через потребу людини в прийнятті та схваленні, за допомогою яких людина може досягти внутрішню гармонію, свободу від внутрішніх протиріч, сумнівів. На такому ж рівні в ієрархії цінностей респондентів знаходиться цікава робота і активне діяльне життя, повнота та емоційна насиченість життя.

Менш важливими виявилися для досліджуваних цінності саморозвитку і пізнання (3,80 балів): постійне фізичне і духовне вдосконалення, можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальний розвиток, зрілість суджень і здоровий глузд, що досягаються з життєвим досвідом. Невелику роль грає для пацієнтів вибірки продуктивність життя, максимально повне використання своїх можливостей, сил і здібностей. Респонденти також мало зацікавлені у свободі, самостійності і незалежності в судженнях і вчинках, а також в суспільному

визнанні, повазі оточуючих, колективу, товаришів по роботі, що може говорити про те, ці потреби достатньою мірою задоволені.

Практично не значущими для досліджуваних виявилися естетичні цінності (3,48 балів): переживання прекрасного в природі і мистецтві, творчість, що показує прагматичну спрямованість особистості респондентів цієї вибірки. Це підтверджується також їх байдужістю до розваг, до приємного, необтяжливі проведення часу. Альтруїстичні цінності (щастя, добробут, розвиток і вдосконалення інших людей, всього народу, людства в цілому) в досліджуваній вибірці виражені мінімально, що говорить про спрямованість їх особистості швидше на себе ніж на оточуючих людей, про егоцентричність.

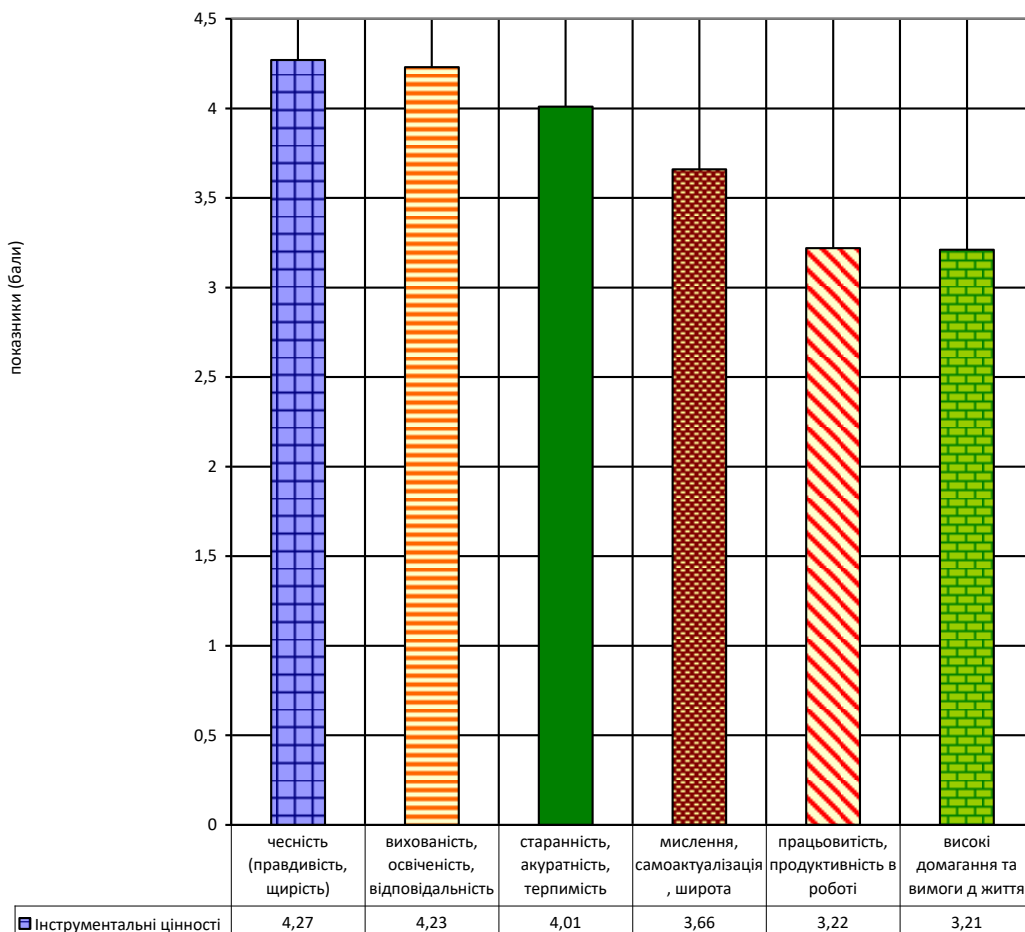
Інтерпретуючи отриману групову ієрархію термінальних цінностей, особливо слід зупинитися на тому, що пацієнти досліджуваної вибірки, проявляючи невисоке прагнення до саморозвитку, хочуть досягти активного, діяльного і емоційно насиченого життя, недооцінюючи при цьому естетичне і творче начало існування. У такій ситуації можна припустити, що респонденти здебільшого не цілком свідомі і самостійні, оскільки при найменших вольових витратах (на саморозвиток) вони бажають отримати максимальний емоційний комфорт. Однак, отриманим результатам можна дати інше пояснення: наявність стабільної зовнішньої ситуації, при якій досліджувані, не розвиваючи своїх талантів і здібностей, мають в достатній мірі задоволені запити, в зв'язку з чим потреба в саморозвитку згасає.

Дані, отримані при дослідженні інструментальних цінностей досліджуваних (рис. 3.4), нам здалося доцільно розглянути по групам цінностей, подібно до того, як ми розглядали термінальні цінності. Так, на перше місце серед цінностей-засобів, яким надають перевагу для застосування в будь-якій ситуації, більшість респондентів поставили чесність (правдивість, щирість) – 4,27 балів.

Дуже важливими виявилися для досліджуваних вихованість (гарні манери), освіченість (широта знань) і відповідальність (почуття обов'язку,

вміння тримати слово), що позитивно визначає загальний рівень культури респондентів – 4,23 балів.

У наступну за значущістю групу увійшли принципи, що дозволяють налагоджувати і підтримувати соціальні контакти: старанність (дисциплінованість), акуратність (уміння в порядку утримувати свої речі, порядок у справах), терпимість (до поглядів і думок інших, вміння прощати іншим їхні помилки та омани), чуйність (дбайливість) і життєрадісність (почуття гумору). Настільки ж важливими для респондентів виявилися: незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче), тверда воля (уміння наполягти на своєму, не поступатися перед труднощами) і сміливість у відстоюванні своєї думки, своїх поглядів, що дозволяють самоствердитися в суспільстві і реалізувати свої життєві плани і наміри – 4,01 балів.



**Рис. 3.4. Середні значення показників інструментальних досліджуваних пацієнтів (бали)**

Мале значення досліджувані вибірки надають вмінню тверезо і логічно мислити, приймати обдумані рішення, самоконтролю, стриманості і самодисципліні, а також широті поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички) – 3,66 балів. Зазначені результати досить чітко співвідносяться з результатами, отриманими при дослідженні термінальних цінностей вибірки, згідно з якими цінності саморозвитку в груповій ієрархії респондентів грають малоістотну роль, а альтруїстичні цінності відступають на задній план. Це може служити показником деякого огрубіння особистості досліджуваних, відсутність динаміки розвитку їх психічного стану.

Ефективність в справах, працьовитість, продуктивність в роботі також стоять на одному з останніх місць в якості засобу досягнення життєво важливих цілей, що не цілком узгоджується з високим значенням для респондентів матеріально забезпеченого життя – 3,22 балів.

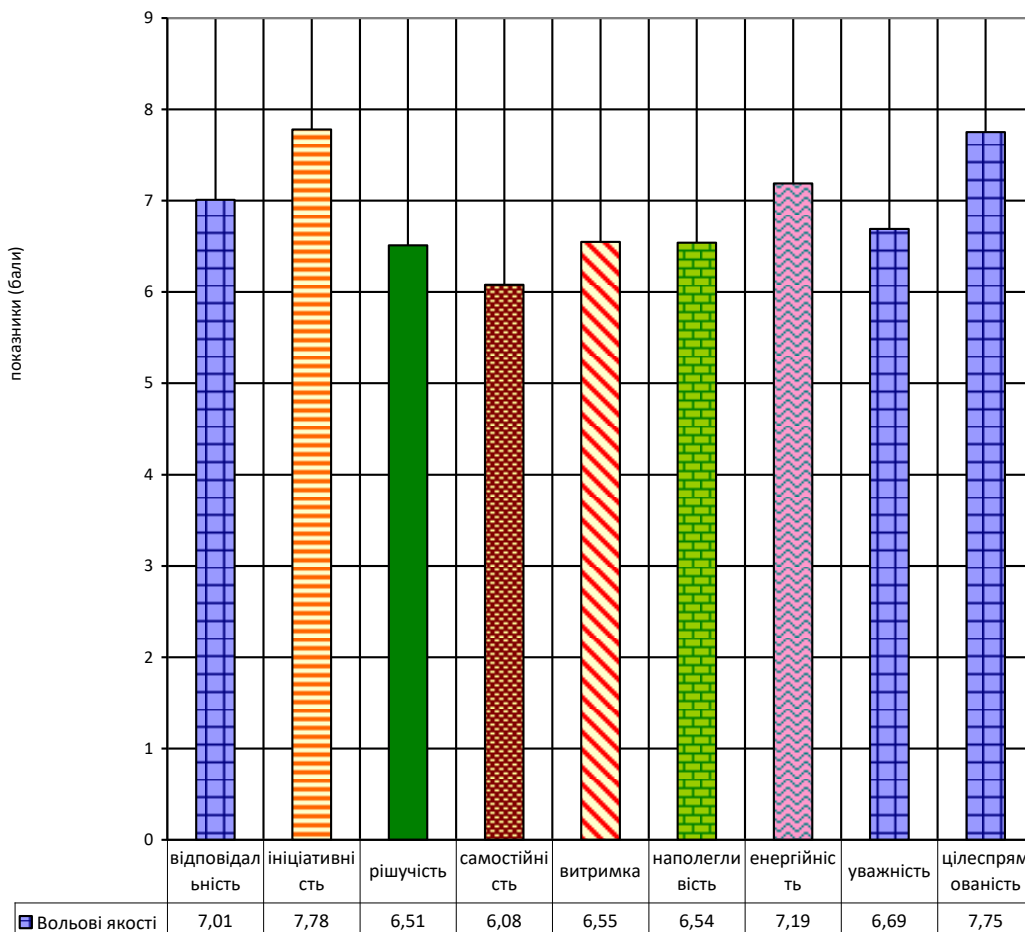
На останньому місці в груповій ієрархії інструментальних цінностей в досліджуваній вибірці знаходяться непримиренність до недоліків у собі та інших, високі запити (високі вимоги до життя і високі домагання) – 3,21 балів. Непримиренність в даному випадку є прямою протилежністю терпимості і служить серйозним бар'єром у міжособистісних стосунках. Неупередженість та терпимість є позитивною рисою для респондентів, оскільки саме в ній криється важливий ресурс ефективності діяльності зі збереження здоров'я і здорового способу життя.

Можна припустити, що індивідуальні ієрархії цінностей членів досліджуваної групи можуть зазнавати змін під впливом групових з плином часу (наприклад, в результаті тривалого лікування в стаціонарі).

Перейдемо до огляду результатів вивчення *вольових якостей* пацієнтів. За методикою М. В. Чумакова були отримані наступні результати (рис. 3.5).

В процесі дослідження було виявлено, що показники за всіма без винятку шкалами перевищують середнє значення в 5,5 балів (максимальна можлива кількість балів за кожною шкалою – 10). Високі оцінки за

методикою характеризують респондентів наступним чином: вони відповідальні, обов'язкові, ініціативні, діяльні, впевнені, рішучі, наполегливі, енергійні, добре контролюють свої емоції, незалежні, самостійні, цілеспрямовані, зібрані. Їх можна назвати вольовими. Старанно виконують свої обов'язки, мають гарний лідерський потенціал, швидко і незалежно приймають рішення, високо активні. У них є ясні життєві цілі і прагнення наполегливо їх досягати. Вольові якості є істотною умовою стабільності та успішності збереження здоров'я.



**Рис. 3.5. Середні значення показників вольових якостей пацієнтів (бали)**

На першому місці у досліджуваних знаходиться ініціативність (7,78 балів). Вони ініціативні, діяльні люди з високими лідерськими тенденціями. Вони виступають «призвідниками» нових починань, прагнуть щось змінити. Виступають новаторами. Характеризуються креативністю, дуже продуктивні.

На другому місці в респондентів знаходиться така вольова якість особистості, як цілеспрямованість (7,75 балів). У них є добре усвідомлені життєві цілі. Вони прагнуть планувати свій час і порядок виконання справ.

На третьому місці знаходиться енергійність (7,19 балів). Досліджувані активні та енергійні. Вони діяльні, працездатні, з оптимізмом дивляться на життя.

На четвертому місці знаходиться відповідальність (7,01 балів). Респонденти відповідальні і обов'язкові. Вони дисципліновані і старанно виконують свої обов'язки. У них також може проявлятися підвищена тривожність.

На п'ятому місці знаходиться уважність (6,69 балів). Досліджувані здатні до тривалої довільної концентрації уваги. Вони стабільно утримують її в разі потреби, навіть якщо діяльність не дуже цікавить їх. Для них характерна зібраність, глибоке занурення в роботу.

На шостому місці розташовуються витримка (6,55 балів) і наполегливість (6,54 балів). Респонденти вміють контролювати свої емоції, терпляче переносять навантаження, справляються з монотонною діяльністю. Добре управляють собою, своїм станом. Вони також здатні до подолання перешкод на шляху досягнення мети. Здатні повторювати знову і знову спроби для досягнення задуманого.

На сьомому місці знаходиться рішучість (6,51 балів). Для досліджуваних характерні швидкість і впевненість в прийнятті рішень. Вони не схильні до довгих сумнівів, коливань при здійсненні задуманого. Іноді імпульсивні.

На восьмому місці розташовується самостійність (6,08 балів). Респонденти не потребують постійної психологічної підтримки, прагнуть самостійно приймати рішення, мають здатність протистояти думці групи.

### 3.4. Аналіз поведінкового рівня взаємодії суб'єктів лікувальної діяльності

На *поведінковому* рівні формуються партнерські відносини між пацієнтом і лікарем, вибудовуються горизонтальні комунікаційні зв'язки, що мають добровільний характер і виключають будь-які форми примусу (діалог, співпраця, довіра). Поведінковий рівень характеризується суб'єкт-суб'єктною взаємодією лікаря та пацієнта.

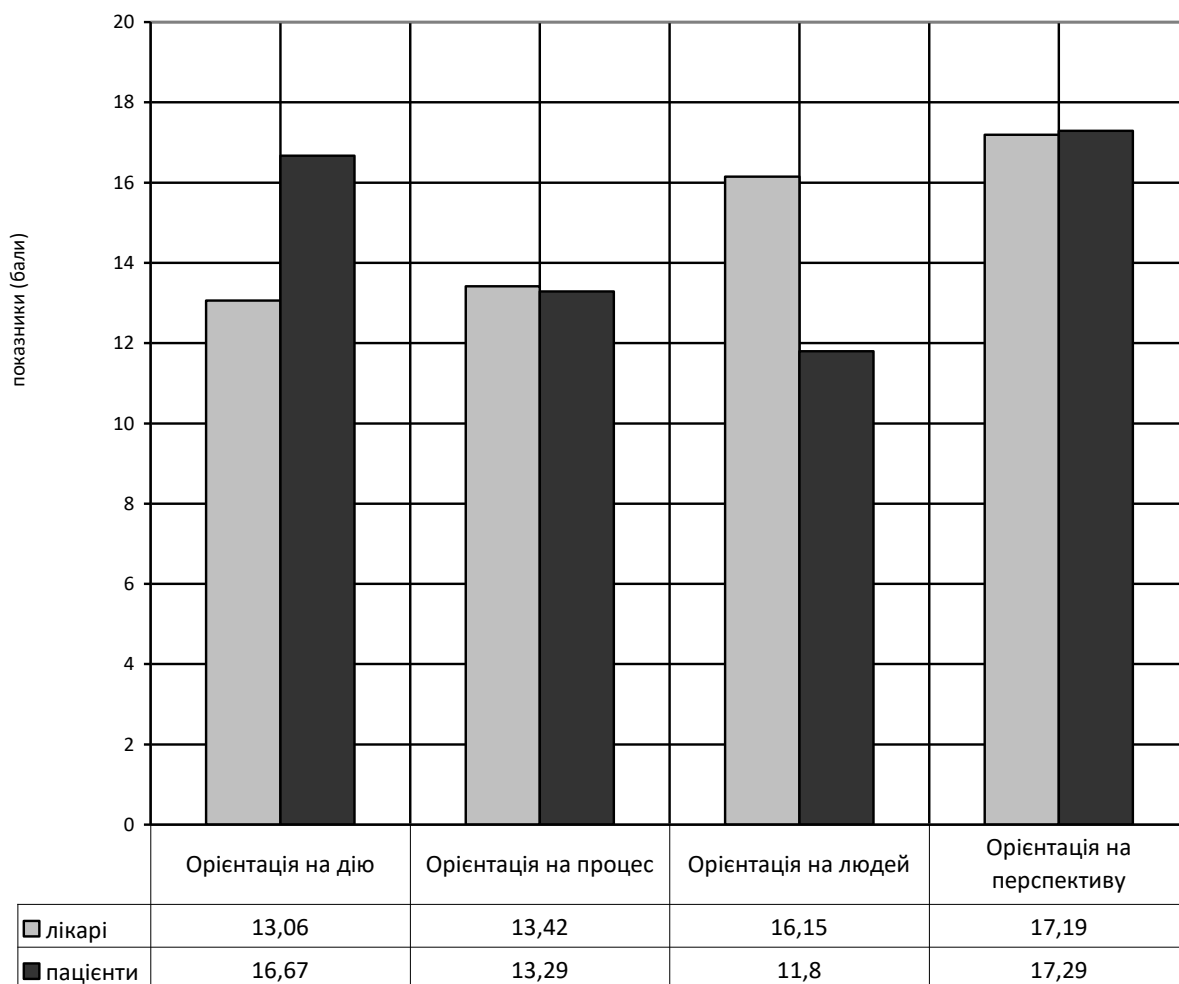
Орієнтаційні стилі спілкування вивчалися за допомогою методики О.В. Морозова. Отримані результати представлені на рис. 3.6.

В лікарів переважними виявилися стилі спілкування з орієнтацією на людей (16,15 балів – високий рівень прояву) та на перспективу (17,19 балів – високий рівень прояву). Для стилю спілкування з орієнтацією на людей характерно обговорення людських потреб, мотивів, почуттів, «духу роботи в команді», розуміння, співпраці. Люди цього стилю зазвичай емоційні, чутливі, співчутливі і психологічно орієнтовані. Отримані високі показники значною мірою свідчать про наявність здатності до автентичної взаємодії з оточуючими, до саморозкриття в процесі міжособистісного спілкування. Включаючись до спілкування з різними за рольовою позицією суб'єктами, підприємці, які надають послуги, орієнтовані, перш за все, на особистісну форму спілкування.

Стиль спілкування з орієнтацією на перспективу домінує в обох групах респондентів. Людям цього стилю властиве обговорення концепцій, великих планів, нововведень, різних питань, нових методів, альтернатив. Вони володіють хорошою уявою, сповнені ідей, але мало реалістичні і часом їх складно розуміти.

Згідно з отриманими даними, в пацієнтів переважають стилі орієнтації на дію (16,67 балів – високий рівень прояву) та на перспективу (17,29 балів – високий рівень прояву). Для стилю орієнтації на дію характерно обговорення результатів, конкретних питань, поведінки, відповідальності, досвіду,

досягнень, рішень. Люди, які володіють цим стилем, прагматичні, прямолінійні, рішучі, легко переключаються з одного питання на інший, часто схвильовані.



**Рис. 3.6. Показники прояву стилю професійно-діяльнісного спілкування**

Стиль спілкування з орієнтацією на процес виражений в обох групах досліджуваних на середньому рівні (13,29 балів – лікарі; 13,42 балів – пацієнти). Для цього стилю характерно обговорення фактів, процедурних питань, планування, організації, контролю, деталей. Людина, що володіє цим стилем, орієнтована на систематичність, послідовність, ретельність; вона чесна, багатослівна і малоемоційна.



### 3.5. Узагальнені результати дослідження

З метою виявлення загальної картини взаємозв'язку визначених рівнів функціонування психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта було проведено кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнту кореляції Ч. Спірмена.

Встановлення системи взаємозв'язків дає змогу перевірити припущення про те, що психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта являє собою інтегральне утворення, що реалізується на когнітивному (рефлексивність суб'єктів), особистісному (особистісні якості суб'єктів) та поведінковому рівнях (суб'єкт-суб'єктна взаємодія).

За результатами кореляційного аналізу було зафіксовано наявність наступних значущих взаємозв'язків між всіма рівнями взаємодії (за вибіркою лікарів):

- між рівнем рефлексивності і рівнем раціональності ( $\rho=0,566$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між рівнем рефлексивності і рівнем інтернальності локус контролю в сфері виробничих відносин ( $\rho=0,519$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між рівнем рефлексивності і толерантністю до невизначеності ( $\rho=0,671$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між рівнем рефлексивності і орієнтацією на людей ( $\rho=0,526$ ;  $p\leq 0,01$ ) та перспективу ( $\rho=0,633$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між рівнем інтернальності в галузі здоров'я і показником толерантності до невизначеності ( $\rho=-0,639$ ;  $p\leq 0,01$ ): чим вище толерантність до невизначеності, тим більше схильні досліджувані не брати на себе відповідальність за своє здоров'я;
- між рівнем інтернальності в галузі невдач і орієнтацією на дію ( $\rho=0,525$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між рівнем раціональності та орієнтацією на перспективу ( $\rho=0,830$ ;  $p\leq 0,01$ ).

За вибіркою пацієнтів в результаті кореляційного аналізу було зафіксовано наявність наступних значущих взаємозв'язків між всіма рівнями взаємодії:

- між рефлексивністю і цінністю фізичного і психічного здоров'я ( $\rho=0,789$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між рефлексивністю і загальним рівнем інтернальності ( $\rho=0,358$ ;  $p\leq 0,05$ );
- між рефлексивністю і цінністю близького спілкування ( $\rho=0,609$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між рефлексивністю і відповідальністю ( $\rho=0,443$ ;  $p\leq 0,05$ );
- між рефлексивністю та орієнтацією на перспективу ( $\rho=0,581$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між рівнем інтернальності в галузі здоров'я і цінністю фізичного і психічного здоров'я ( $\rho=0,793$ ;  $p\leq 0,01$ );
- між загальним рівнем інтернальності та ініціативністю ( $\rho=0,357$ ;  $p\leq 0,05$ ) й рішучістю ( $\rho=0,452$ ;  $p\leq 0,05$ );
- між загальним рівнем інтернальності та орієнтацією на перспективу ( $\rho=0,540$ ;  $p\leq 0,01$ ).

Виявлена міцність кореляційних зв'язків підтверджує припущення про те, що психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта являє собою інтегральне утворення, що реалізується на когнітивному (рефлексивність суб'єктів), особистісному (особистісні якості суб'єктів) та поведінковому рівнях (суб'єкт-суб'єктна взаємодія).

Згідно з результатами проведеного емпіричного дослідження, виявилось, що *лікарі* демонструють середній рівень рефлексивності з тенденцією до високого: їм властиво замислюватися над тим, що відбувається, над причинами своїх дій і вчинків інших людей, над їх наслідками, респонденти намагаються планувати свою діяльність і розглядають різні варіанти при прийнятті рішення, у них рідко виникають труднощі в спілкуванні з іншими людьми.

Медикам властиво брати на себе відповідальність в таких галузях життєдіяльності, як досягнення, невдачі, виробничі та сімейні відносини. Досліджувані схильні перекладати відповідальність на інших людей або ситуацію в галузі міжособистісних відносин, а також свого здоров'я.

Досліджуваним лікарям властива яскраво виражена раціональність в прийнятті рішень, готовності обмірковувати свої вчинки, а також діяти при якомого повному орієнтуванні в ситуації. Респонденти не схильні до ризику.

У міжособистісних відносинах досліджувані лікарі прагнуть до контактів з людьми, відстоюють своє, потенціал їх схильностей є достатньо стійким. Вони вміють співпереживати і співчувати, спрямовані на взаємодію з партнерами по діловій комунікації.

За результатами обстеження *пацієнтів* можна зробити висновок, що мотивація здорового способу життя в них є досить сформованою. Базовими потребами досліджуваних є прагнення до підтримання здорового способу життя та потреби в спілкуванні. Ці потреби не задоволені. Респонденти стурбовані проблемами свого здоров'я, особистої незалежності і досягнення успіху в житті і діяльності. Потреби в збереженні і підтримці здоров'я, в спілкуванні і особистої незалежності спонукають досліджуваних до рефлексії власного фізичного стану.

Досліджуваних можна охарактеризувати як схильних до сумлінності, наполегливості, відповідальності, стійкості. Саме хронічне захворювання пред'являє такі вимоги до якостей особистості. Життя хронічно хворої людини залежить не тільки від її знань, досвіду і прагнення удосконалювати свої вміння, але, в основному, від знання особливостей свого захворювання і його перебігу, а також специфічних умінь профілактики і лікування захворювання, своєї відповідальності по відношенню до самої себе і навколишніх людей для забезпечення нормальної життєдіяльності. Почуття обов'язку, завзятість і наполегливість у поєднанні зі знаннями дають можливість бути впевненим в собі і своєму самопочутті.

Досліджувані намагаються активно проявляти себе у всіх сферах життєдіяльності, в тому числі і в професійній. Спрямовані на самоактуалізацію, особистісне зростання, розвиток, активне і діяльне життя. Вони цілком поділяють цінності особистості, що самоактуалізується і намагаються дотримуватися їх в житті. Це такі цінності, як розкриття потенціалу своїх здібностей і талантів для повної реалізації себе; свобода своїх дій, думок і почуттів; прояв чесності в своїх почуттях, якими б вони не були; глибока віра в себе, свої сили, віра в інших; розуміння цінності своєї неповторності і прийняття себе разом зі своїми сильними і слабкими сторонами, а також – незалежність від інших і опора на себе.

Для більшості досліджуваних характерно в залежності від окремої ситуації приписувати відповідальність за події в житті та результати своєї діяльності, як власним здібностям і зусиллям, так і зовнішнім чинникам або діям інших людей. Респонденти представляють себе людьми, здатними вплинути на партнерів по спілкуванню, встановити і контролювати неформальні контакти. Більшість досліджуваних вважає стан здоров'я і хвороби результатом випадку, долі; на їхню думку одужання залежить від дій лікаря і медичного персоналу.

Більшість досліджуваних в ієрархії термінальних цінностей на перше місце поставили психічне і фізичне здоров'я. Далі з невеликим відривом йдуть цінності близького спілкування, соціальні цінності. Серед цінностей-засобів, яким надають перевагу для застосування в будь-якій ситуації, більшість респондентів поставили чесність, вихованість, старанність, що позитивно визначає загальний рівень культури пацієнтів.

Досліджувані – відповідальні, обов'язкові, ініціативні, діяльні, впевнені, рішучі, наполегливі, енергійні, добре контролюють свої емоції, незалежні, самостійні, цілеспрямовані. Вольові якості є істотною умовою стабільності та успішності збереження здоров'я.

Лікарям властива толерантність до невизначеності: вони усвідомлюють і приймають складність, неоднозначність і непередбачуваність

навколишнього світу, однак миряться з нею і враховують її в своїх діях; вони схильні підходити до проблем творчо, а не шаблонно, не схильні до стереотипів.

В процесі комунікації в пацієнтів переважають стилі орієнтації на дію та перспективу. Тобто для них характерно обговорення результатів, конкретних питань, поведінки, відповідальності, досягнень; вони прагматичні, прямолінійні, рішучі, часто схвильовані.

Розглянемо питання щодо психологічного супроводу суб'єктів лікувальної діяльності – пацієнтів та лікарів.

При роботі з пацієнтами з хронічними захворюваннями на етапі реабілітації та профілактики ефективним є соціально-психологічний тренінг [6, 21, 35, 58, 64, 88].

Відповідно до отриманих нами результатів, *метою* тренінгу має бути розвиток рефлексивної свідомості і формування відповідальності в галузі охорони здоров'я.

Відповідно до мети можна виділити такі напрямки роботи:

1. Повідомлення нової інформації. Учасники повинні дізнатися, що таке здоров'я, здоров'язберігаючі технології, кризові ситуації, життєві цінності, тощо.

2. Формування зацікавленого ставлення до теми здоров'я. Через емоційну залученість учасники мають сформувані власне ставлення до конструктивних способів вирішення проблем; зрозуміти, що їхнє здоров'я – в їх руках.

3. Розвиток рефлексивності і формування поведінкових паттернів відповідального ставлення до свого здоров'я.

Основні принципи групової роботи:

- принцип актуальності. Програма має ґрунтуватись на цінностях, актуальних для людини з хронічним захворюванням.

- принцип позитивності: показати особі, що навіть проблемні ситуації мають конструктивний спосіб вирішення.

- принцип активності. Заняття мають будуватися з максимальним залученням учасників до роботи за допомогою інтерактивних методик: мозкового штурму, роботи в міні-групах, рольових ігор. Цей принцип базується на майстерності ведучого і його здатності реагувати і змінювати заняття відповідно до вимог аудиторії. Тоді інформація, яку він надає, буде завжди актуальна, цікава і затребувана. Крім того, дуже важливий і принцип активної участі групи.

Подібна програма може також використовуватися також у якості тренінгу професійного та особистісного зростання медичного персоналу.

Формувальні заходи мають бути спрямовані на підвищення інтернальності (відповідальності), формування рефлексивної свідомості, підвищення працездатності, створення позитивної мотивації до здорового способу життя, комунікативних здібностей.

Тренінгові заняття мають включати аутогенні тренування з практичного навчання навичкам релаксації і зняття психофізіологічного напруження; розвиток навичок швидкого досягнення необхідного психофізіологічного стану; рольові ігри з опосередкування нового досвіду і підвищення рефлексивності, раціональності, толерантності; актуалізація ресурсних можливостей і формуванні нових копінг-стратегії в ситуації професійного стресу; формування усвідомленого підходу до розуміння своїх здібностей і обмежень; створення позитивної мотивації до здорового способу життя; лекційні заняття з структурування уявлень про психологічну складову в професійній діяльності лікаря і у взаємодії в системі «лікар-пацієнт».

Перспективним напрямом розвитку наукової проблематики вважаємо розробку та апробацію програми психологічного супроводу суб'єктів лікувальної діяльності – пацієнтів та лікарів – з метою розвитку рефлексивної свідомості і формування відповідальності в галузі охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

1. Медична модель лікування – це класична модель медичної діяльності, в рамках якої самоідентичність лікарів і пацієнтів розкривається в світлі медичного знання. Лікар виступає в якості суб'єкта, пацієнт – в ролі об'єкта лікування. Між лікарем та пацієнтом зазвичай вибудовується патерналістський тип взаємин. Цей тип взаємин не враховує психологічних особливостей пацієнта, його ціннісних пріоритетів тощо. Будучи ефективною в ситуації гострого захворювання, класична медична модель лікування виявляється не ефективною в ситуації хронічного захворювання, а також для профілактичного та реабілітаційного періодів.

Професійна діяльність лікаря спрямована на збереження і зміцнення здоров'я населення, надання медичної допомоги хворим, їх лікування та якнайшвидше відновлення працездатності. Одним з провідних видів взаємодії лікаря і пацієнта в лікувальній діяльності є професійне спілкування. При цьому процес спілкування з хворим значно відрізняється від процесу спілкування зі здоровою людиною. Це складний, багатоплановий процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжуваний потребами спільної діяльності і включає в себе обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття і розуміння іншої людини.

У психологічній моделі взаємодії пацієнт і лікар виступають цілісним колективним суб'єктом лікувального, профілактичного та реабілітаційного процесу. Основними характеристиками суб'єкт-суб'єктних відносин пацієнта і лікаря є: наявність і усвідомлення суб'єктами лікування загальної і єдиної для всіх мети спільної діяльності; ставлення пацієнта до самого себе як до суб'єкта (активного, автономного, відповідального) лікувального процесу; партнерські (психологічно рівні) відносини між суб'єктами лікування

(пацієнтом і лікарем); наявність і оцінка зворотного зв'язку при здійсненні суб'єктами лікування своїх дій. Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта вбачає в пацієнті активну, рефлексивну фігуру, яка здійснює самоконтроль і саморегуляцію в період реабілітації і профілактики.

2. Здійснено теоретичний аналіз соціально-психологічних особливостей взаємодії в системі «лікар – пацієнт». Інтерес учасників діагностичного та лікувального спілкування формується, як правило, на негативному емоційному тлі. Негативні емоційні переживання завжди входять до структури будь-якої проблеми або симптому, оскільки вони сигналізують про якесь відхилення або порушення в діяльності особистості або організму. Для того, щоб процес взаємодії лікаря і пацієнта був ефективним, необхідно враховувати психологічні основи цієї взаємодії. Мотиви та цінності лікаря, його уявлення про ідеального пацієнта, а також очікування самого пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики та реабілітації, поведінка лікаря або медичної сестри транслуються в процес взаємодії суб'єктів лікувальної діяльності.

3. Розроблено модель, що розкриває психологічну складову системи «лікар-пацієнт». Суть психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта полягає в розкритті характеру цієї взаємодії як суб'єкт-суб'єктних відносин; лікар і пацієнт розглядаються як партнери в лікувальній діяльності: лікар, розуміючи особистісні особливості пацієнта і його психічний стан, здатний використовувати ці знання для оптимізації лікувального процесу; пацієнт здатний адекватно сприйняти ситуацію зі своїм здоров'ям, знайти взаєморозуміння з лікарем, конструктивно взаємодіяти з ним в процесі проведення медичних заходів.

Психологічна модель взаємодії лікаря і пацієнта виявляє психологічний потенціал пацієнта як рефлексивного суб'єкта, що впливає на динаміку процесу лікування. В системах діагностики і трактування медичних досліджень, в діагностичному судженні переломлюється суб'єктивний, професійний досвід лікаря, змінюється коло розглянутих ознак і стратегій



лікування та діагностики, а також діапазон можливих інтерпретацій результатів. Включення індивідуально-психологічних особливостей пацієнта в процесі діагностики та в трактування результатів лікувальних впливів дозволяє розширити діагностичні можливості, підвищує якість лікування і подальшої медико-психологічної реабілітації.

Рівні відносин в процесі взаємодії лікаря і пацієнта в психологічній моделі: когнітивний, особистісний та поведінковий. На *когнітивному* рівні відбувається сприйняття і оцінка зворотного зв'язку, здійснюється усвідомлення суб'єктами взаємодії загальної і єдиної мети спільної діяльності. Когнітивний рівень включає в себе рефлексивність суб'єктів. На *особистісному* рівні інтегрується ставлення пацієнта до самого себе як до суб'єкта лікувального процесу, формування у нього певного типу особистості, що характеризується активністю, автономністю, самостійністю, психологічною готовністю брати на себе відповідальність за своє здоров'я. Особистісний рівень включає в себе особистісні якості суб'єктів лікувального процесу. На *поведінковому* рівні формуються партнерські відносини між пацієнтом і лікарем, вибудовуються горизонтальні комунікаційні зв'язки, що мають добровільний характер і виключають будь-які форми примусу (діалог, співпраця, довіра). Поведінковий рівень характеризується суб'єкт-суб'єктною взаємодією лікаря та пацієнта.

4. Згідно з результатами проведеного емпіричного дослідження, виявилось, що *лікарі* демонструють середній рівень *рефлексивності* з тенденцією до високого: їм властиво замислюватися над тим, що відбувається, над причинами своїх дій і вчинків інших людей, над їх наслідками. Медикам властиво брати на себе *відповідальність* в таких галузях життєдіяльності, як досягнення, невдачі, виробничі та сімейні відносини. Досліджувані схильні перекладати відповідальність на інших людей або ситуацію в галузі міжособистісних відносин, а також свого здоров'я. Досліджуваним лікарям властива яскраво виражена *раціональність* в прийнятті рішень, готовності обмірковувати свої вчинки, а також діяти при

якомога повному орієнтуванні в ситуації. Респонденти не схильні до ризику. Лікарям властива *толерантність до невизначеності*: вони усвідомлюють і приймають складність, неоднозначність і непередбачуваність навколишнього світу, однак миряться з нею і враховують її в своїх діях; схильні підходити до проблем творчо, а не шаблонно, не схильні до стереотипів. У міжособистісних відносинах досліджувані лікарі прагнуть до контактів з людьми, вміють співпереживати і співчувати, спрямовані на взаємодію з партнерами по діловій комунікації.

За результатами обстеження *пацієнтів*, мотивація здорового способу життя в них є досить сформованою. Для досліджуваних характерний середній рівень *рефлексивності*, що вказує на схильність респондентів розмірковувати про зовнішні події та думки інших людей, або занурюватися у власні переживання. Для більшості досліджуваних характерно в залежності від окремої ситуації приписувати *відповідальність* за події в житті та результати своєї діяльності, як власним здібностям і зусиллям, так і зовнішнім чинникам або діям інших людей. Більшість досліджуваних вважає стан здоров'я і хвороби результатом випадку, долі; на їхню думку одужання залежить від дій лікаря і медичного персоналу. В ієрархії *термінальних цінностей* на перше місце респонденти ставлять психічне і фізичне здоров'я, а також цінності близького спілкування, соціальні цінності. Серед цінностей-засобів, яким надають перевагу респонденти – чесність, вихованість, старанність, що позитивно визначає загальний рівень культури пацієнтів. Аналіз *вольових якостей* показав, що досліджувані – відповідальні, обов'язкові, ініціативні, діяльні, впевнені, рішучі, наполегливі, енергійні, добре контролюють свої емоції, незалежні, самостійні, цілеспрямовані. В процесі *комунікації* в пацієнтів переважають стилі орієнтації на дію та перспективу.

З метою виявлення загальної картини взаємозв'язку визначених рівнів функціонування психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта було проведено кореляційний аналіз. Виявлена міцність кореляційних зв'язків підтвердила припущення про те, що психологічна складова взаємодії лікаря і пацієнта являє собою інтегральне утворення, що реалізується на когнітивному (рефлексивність суб'єктів), особистісному (особистісні якості суб'єктів) та поведінковому рівнях (суб'єкт-суб'єктна взаємодія).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская К.А. Личностный аспект проблемы общения. *Проблемы общения в психологии* / отв. ред. Б.Ф. Ломов. М.осква: Наука, 1981. С.218-241.
2. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2011. 22 с.
3. Агаркова А. О. Комунікативна компетентність у формуванні професійно-етичної культури майбутнього лікаря. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського*. Серія : Педагогіка і психологія. 2011. № 35. С. 166-168. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzvdpu\\_pp\\_2011\\_35\\_38](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzvdpu_pp_2011_35_38).
4. Ананьев Б. Г. Психологические проблемы человекознания: Избранные психологические труды / под ред. Бодалева А.А. Москва: Издательство Московского психологосоциального института; Воронеж: НПО "МОДЭК", 2005. 432 с.
5. Андреев И.Л., Березанцев А.Ю. Homo psychosomaticus // Человек, №4, 2012, С. 24-37.
6. Белоусов А. Е. Очерки пластической хирургии. Т. 3: Хирурги и пациенты. М. : Практическая медицина, 2015. 136 с.
7. Биомедицинская этика : Учеб. пособие для студентов мед. и биол. специальностей учреждений, обеспечивающих по луч. высш. образов. / Под общ. ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Мн., 2003.
8. Богачева О. Ю. Эмпатия как профессионально важное качество врача (на примере врачей-терапевтов и врачей-хирургов) : дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.03. Ярославль, 2014.169 с.

9. Бокова О. А. К вопросу о теоретических основах изучения психологических феноменов ответственности и локуса контроля: МНКО, 2014. №5 (48) С.181–183.
10. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL : [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
11. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. *Вопросы философии*. 1994. № 3. С. 67-72.
12. Водолазкин Е. Лавр. Москва: Астрель, 2012. 386 с.
13. Вульф Х.Р. В История развития клинического мышления. *Международ. журнал мед. практики*. 2005. № 1. С.12-20.
14. Выготский Л. С. Психология развития человека. Москва: Смысл, Эксмо, 2005. 1136 с.
15. Грошев В.И. Личность врача и врачебные качества: гендерный аспект. *Социология медицины*. 2010 . № 1. С. 21-27
16. Деонтологія і етика в клінічній практиці. Частина 1.: навчальний посібник / Ю.М. Казаков, С.І. Треумова, В.П. Боряк, Н.І. Чекаліна, Т.А. Трибрат, С.В. Шуть, Полтава. 2014. 2013 с.
17. Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой при участии Э.Л. Гушанского. М., 2006.
18. Евстифеева Е.А. Перспективные направления исследований в психологии здоровья и жизнедеятельности. *Человеческий фактор: Проблемы психологии и эргономики*. Вып. №1 (56). Тверь. 2011. С. 17-28.
19. Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И. Конструируя современное: социально-психологическая модель врачевания. *Философские проблемы биологии и медицины*. Выпуск 5: Нормативное и дескриптивное: сборник статей. М., 2011. С.139-142.
20. Ефименко С. А. Концептуальные подходы к изучению понятия «пациент» и роли пациента. *Социология медицины*. 2007. № 2. С. 10-17.

21. Ефименко С. А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента. *Социология медицины*. 2006. № 1. С. 9-14.
22. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спис Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин : ПП Лисенко М.М., 2017. 208 с.
23. Знаков В. В. Самопонимание субъекта как когнитивная и экзистенциальная проблема. *Психологический журнал*. 2005. Т.26. №1. С. 18-28.
24. Ильин Е.П. Психология доверия. Спб. : Питер, 2012. 288 с.
25. Кант И. Лекции по этике. М. : Республика, 2000. 431 с.
26. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. *Психологический журнал*. 2003. Т. 24. № 5 - С. 45-57.
27. Кахно І. В. Діалогічність мовленнєвого спілкування у структурі взаємодії "лікар-пацієнт". *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2011. Вип. 13. С. 143-148. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp\\_2011\\_13\\_26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2011_13_26).
28. Кириленко Е.Н. Модели медицины в поликультурном мире. *Человек*, №3. 2011. С. 111-124.
29. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині : підручник. Харків, 2014. 258с.
30. Ковелина Т.А. Образ врача в культуре. Дисс. д.ф.н. Ростов-на-Дону, 2006. 296 с.
31. Козер Л.А. Функции социального конфликта / Пер. с англ. О. Назаровой; Под общ. ред. Л. Г. Ионина. Москва: Дом интеллектуальной книги : Идея-пресс, 2000. 205 с.
32. Константинова Т.В. Коммуникативное взаимодействие в диаде «врач-больной». *Вестник СамГУ*. Естественнонаучная серия. 2006. №6/2 (46). С. 240-248.

33. Корнилова Т.В. Психология риска и принятия решений : Учебное пособие для вузов. Москва: Аспект Пресс, 2003. 286 с.
34. Корнилова Т.В., Чумакова М.А., Корнилов С.А. Новикова М.А. Психология неопределенности: единство интеллектуально-личностного потенциала человека. Москва: Смысл, 2010.
35. Курылева Н. В. Специфика представлений врачей и пациентов о качествах, обеспечивающих их взаимодействие : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. Кострома, 2012. 298 с.
36. Ларионова И. С. Философия здоровья. Москва: Гардарики, 2007. 222 с.
37. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века: дела сердечные. Москва: Эксмо, 2012. 285 с.
38. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва: Академия, 2005. 352 с.
39. Леонтьев Д. А. Личностное в личности : личностный потенциал как основа самодетерминации. *Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова*. Вып. 1 / под ред. Б. С. Братуся, Д. А. Леонтьева. Москва: Смысл, 2002. С. 5–65.
40. Лехциер В.Л. Хороший врач или превратности децентрирования медицинского субъекта. *Mixtura verborum' 2009: боли нашего времени* : ежегодник. Юбилейный выпуск / под общ. ред. С. А. Лишаева. Самара, 2009. С.80-95.
41. Лимар Л. В. Модель конструктивної взаємодії в системі відносин "Лікар – пацієнт". *Вісник післядипломної освіти*. 2010. Вип. 1(2). С. 225-231. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo\\_2010\\_1\(2\)\\_28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2010_1(2)_28).
42. Личко А.Е. Подростковая психиатрия.- М.:Медицина, 1985. 416 с.
43. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. Москва: Директ-Медиа, 2008. 1174 с.
44. Львов В.М., Филиппченкова С.И. Инновационно-психологические повороты в исследовании взаимодействия врача и пациента

в медицинских практиках. *Человеческий фактор: Проблемы психологии и эргономики*. Тверь: Триада, 2013. Вып. 3. С. 44-49.

45. Магазаник Н.А. *Врачевание и психология*. М. : Медкнига, 2007. 128 с.

46. Макерова В. В. *Метод моделирования в социальной психологии*. URL : <https://refdb.ru/look/2241305.html>

47. Малик Н. В. Деякі психологічні аспекти взаємовідносин сімейного лікаря і пацієнта. *Семейная медицина*. 2016. № 2. С. 25-26. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed\\_2016\\_2\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2016_2_6).

48. Малкина-Пых И.Г. *Психосоматика. Справочник практического психолога*. М. : Эксмо. 992 с.

49. Маргаева М.П., Лебедева Н.Н. Значимость формирования и развития коммуникативных навыков у студентов медицинских училищ и колледжей. *Медсестра*. 2014. №3. С.35-38.

50. Марков Б.В. *Философская антропология: учеб. пособие*. СПб. : Питер, 2008. 352 с.

51. Маслоу А. *Новые рубежи человеческой природы*. Москва : Смысл, 1999. 425 с.

52. Маслоу А. *Мотивация и личность*. СПб.: Питер, 2014. 399 с.

53. Мейли Р. Различные аспекты Я. *Психология личности. Тексты*. Москва, 1982. С. 132–141.

54. Мерлин В. С. *Лекции по психологии мотивов человека*. Пермь, 2001. 120 с.

55. Менегетти А. *Психосоматика. Новейшие достижения*. Пер. с итал. [Родик М. А., Ус Е. Н.]. М. : ННБФ "Онтопсихология", 2002. 318 с.

56. Мітіна С. В. Емпатія як професійно важлива якість медичного фахівця. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 1(1). С. 83-88. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp\\_2017\\_1\(1\)\\_\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_1(1)__17).



57. Мудріцька В.К. Сучасні погляди медичної етики і деонтології. *Медсестринство*. 2014. №3. С.34–36.
58. Мудріцька В.К. Тактика комунікативної взаємодії медичних працівників та пацієнтів у терапевтичному відділенні. *Медсестринство*. 2014. №4. С.29-30.
59. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегия. Москва: ЭКСМО, 2009. 368 с.
60. Науменко Г. Модель спільного прийняття рішення в медичній практиці. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Том 3. № 4, 2018 С. 52-57.
61. Никифоров Г.С Психология здоровья. Учебник для вузов. СПб. : Питер, 2006. 607 с.
62. Петрова Н.Н. Психология для медицинских специальностей. Москва: Академия, 2013. 320 с.
63. Платонов К.К. Структура и развитие личности. Москва: Наука, 1986. 255 с.
64. Погодина В.А., Шаропуто В.М. Показатели социального развития интеракции врача и пациента по здоровому образу жизни. *Социология медицины*. 2010. № 1. С. 29-30.
65. Практическая психодиагностика: методики и тесты / под ред. Д.Я. Райгородского. Москва: Бахрах. Москва, 2011. 672 с.
66. Проблемы коммуникации врач-пациент: деонтологические, психологические, лингвистические аспекты медицинского дискурса : материалы 1-й междунар. науч.-практ. конф. (29 марта 2012 г.) / под общ. ред. Е.В. Виноградовой. Тверь: РИЦ ТГМА, 2012. URL : <https://tvgm.ru/content/10/1088/>
67. Психологічні аспекти медичної праці : навч. посібник / Уклад. І.В. Федік. Київ: ДП «Вид. Дім «Персонал», 2017. 126 с.
68. Рейтель-Тейль С. Этика в клинической психологии. *Клиническая психология*. /под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб.: Питер, 2002. С. 101-120.

69. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир. Санкт-Петербург: Питер, 2003. 512 с.
70. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 713 с.
71. Сабунаева М.Л. Гомосексуалы на приеме у врача: Психологические рекомендации по взаимодействию с пациентами : Методические рекомендации. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2009. 32 с.
72. Светличная Т.Г. К методологии анализа отношений врач-пациент. *Социология медицины*. 2007. № 1. С. 17-21.
73. Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости. *Главврач*. 2006. №3. С.106-112.
74. Скрипкина Т.П. Психология доверия. Москва: Академия, 2000. 264 с.
75. Социальная биоэтика сквозь призму глобальной биоэтики / Т. В. Мишаткина, С.Б. Мельнов, Т. Н. Цырдя. Минск: ИВЦМинфина, 2018. 518 с.
76. Социальная психология : современная теория и практика: учеб. пособие / В. В. Макерова, Э. Л. Боднар, А. А. Любякин, Л. В. Оконечникова, А. М. Вильгельм, Э. Э. Сыманюк ; под общ.ред. Л. В. Оконечниковой. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2016. 228 с.
77. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. 60 с.
78. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я.Медичне право України : Підручник. Київ: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність»,2008. 507 с.
79. Стюарт И., Джоинс В. Современный транзактный анализ. Санкт-Петербург: Метанойя, 2017. 444 с.
80. Суплик-Діденко Д. М. Соціально-психологічні особливості роботи лікаря-стоматолога щодо збереження психічного здоров'я пацієнтів.

*Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України.*

Серія: Психологія. 2016. Вип. 1. URL :  
[http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn\\_2016\\_1\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2016_1_12).

81. Сысоева О. В. Психологические особенности ответственности врача в зависимости от этапа профессионализации : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03. Казань, 2006 149 с.

82. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Львов: Медицина, 1984. 192 с.

83. Тимків І. С., Тимків І. В., Близнюк М. В., Венгрович О. З., Ромаш Н. І., Гавриш І. Т. Лікар і пацієнт: психологічні типи лікарів. *Архів клінічної медицини*. 2012. № 2. С. 120-121. URL :  
[http://nbuv.gov.ua/UJRN/akm\\_2012\\_2\\_40](http://nbuv.gov.ua/UJRN/akm_2012_2_40).

84. Титаренко Т. М. Сучасна психологія особистості : 2-е вид. Київ : Каравела, 2013. 372 с.

85. Тищенко Е.М., Шетик Н.В. Исторические модели биомедицинской этики. Журнал ГрГМУ. 2006. №2. С.91-92.

86. Тищенко П.Д. Здоровье: философско-антропологический аспект. *Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты*. М., 2003

87. Федоренко О.Є. Психологія в діяльності лікаря-клініциста. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2009, 1-2 (12). С. 284-286.

88. Филиппченкова С. И. Психологическая составляющая взаимодействия врача и пациента : дисс. ... докт. психол. наук : 19.00.03. Москва, 2013. 500 с.

89. Філоненко М. М. Особистісне становлення фахівця: теоретичний аналіз проблеми. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2014. Вип. 3-4. С. 127-131. URL :[http://nbuv.gov.ua/UJRN/NPO\\_2014\\_3-4\\_27](http://nbuv.gov.ua/UJRN/NPO_2014_3-4_27)

90. Філоненко М. М. Системний аналіз особистісного становлення майбутнього лікаря. *Психологія : реальність і перспективи*. 2013. Вип. 1. С. 123-126. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp\\_2013\\_1\\_46](http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2013_1_46).
91. Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : монографія. К. : Центр учбової літератури, 2019. 334 с.
92. Чумаков М.В. Диагностика волевых свойств личности. *Вопросы психологии*. 2006. № 1. С. 169–178
93. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. В. А. Тихоненко. Москва: Право и Закон, 1996. 192 с.
94. Этика психиатрии : сб. статей : Пер. с англ. / ред. С. Блох, П. Чодофф. Киев: Сфера, 1998. 391 с.
95. Ямяга Н.В. Самораскрытие и самопредъявление личности в общении. *Личность. Общение. Групповые процессы* : Сборник обзоров. Москва: ИНИОН, 1991. С. 37-74.
96. Kenny D.A., Veldhuijzen W., van der Weijden T., Leblanc A., Lockyer J, et al. Interpersonal perception of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med*, 2009. 70: 763-768. URL : <http://bit.ly/2Helbe3>
97. Klemperer D. Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. *Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health*, 2003-302. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-111936>
98. Payer L. *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the US, England, West Germany and France*. N.Y., 1996. 204 p.
99. Turabian J.L. Doctor-Patient Relationships: A Puzzle of Fragmented Knowledge. *J Family Med Prim Care*. 2019. 3: 128. URL : <http://bit.ly/2MwOUU7>
100. Turabian J.L. Physician-Patient Relationship in Obstetrics and Gynecology. *Gynecol Obstet*. 2017. 7: e123. URL : <http://bit.ly/2Z3xwg8>

101. Turabian J.L., Perez Franco B. The satisfaction adventures with the doctor–patient relationship in the land of questionnaires. *Aten Primaria*. 2010. 42: 204-205. URL : <http://bit.ly/2ZhhGxL>

102. Wehrens R, Walters B.H. Understanding each other in the medical encounter: Exploring therapists' and patients' understanding of each other's experiential knowledge through the Imitation Game. *Health (London)*, 2018. 22: 558-579. URL : <http://bit.ly/2Zekp7d>