

Міністерство освіти і науки України
Ужгородський національний університет
Факультет післядипломної освіти
Кафедра громадського здоров'я

**Етика спілкування як складова частина менеджменту
в системі охорони здоров'я**

Навчально – методичний посібник
для лікарів – інтернів та лікарів – курсантів

Автори: д.м.н., проф. Рогач І. М.
к.м.н., доц. Шніцер Р.І.
к.м.н., доц. Качала Л. О.
к.м.н., доц. Погоріляк Р. Ю.

Ужгород - 2010

УДК 616 - 058

Навчально – методичний посібник, підготовлений на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету.

Авторський колектив:

- Рогач Іван Михайлович, доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри;
- Шніцер Роман Іванович, кандидат медичних наук, доцент, Заслужений лікар України, завідувач кафедри медицини катастроф медичного факультету УжНУ, начальник управління охорони здоров'я Закарпатської ОДА
- Качала Лариса Олександрівна, кандидат медичних наук, доцент;
- Погоріляк Рената Юріївна, кандидат медичних наук, доцент.

Рекомендовано до друку Вченою радою факультету післядипломної освіти УжНУ, протокол № 2 від 16.09.2010 року.

Рецензенти:

Готько Є. С. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри променевих методів діагностики, клінічної онкології, анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів.

Бобик Ю. Ю. – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри охорони материнства і дитинства.

Якщо пацієнт вирішуватиме,
до якого лікаря звернутися - до того,
який лікує травами, чи до іншого,
який лікує ножем, то він насамперед
звернеться до того, який лікує словом.
Гіппократ

Для того, щоб краще розуміти вчинки та поведінку пацієнтів, слід добре уявляти, що таке спілкування і як можна його ефективно використати у роботі.

Спілкування є тим засобом спостереження і догляду, без якого лікар не зможе застосовувати всі інші. Ваше вміння спілкуватися допомагає іншим людям зрозуміти вас і дає змогу вам зрозуміти їх.

Тому для успішної професійної діяльності лікар повинен досягнути вершини майстерності спілкування, зробити його автоматичним, перетворити на внутрішню потребу досконалу техніку фахового спілкування. Кожна соціальна роль завжди залишає певний особистий простір для її виконавця, що є основою для виникнення міжособистісних (психологічних) стосунків, які складаються на емоційному підґрунті (на підставі певних почуттів, що виникають між людьми). У соціальній психології почуття об'єднують у дві великі групи: кон'юнктивні (такі, що зближують, об'єднують людей) та диз'юнктивні (антипатичні почуття, що роз'єднують людей). У професійній діяльності лікаря важливе його вміння вибудовувати свої стосунки з пацієнтами, їх родинами та колегами, ґрунтуючись на кон'юнктивних почуттях, і звичайно - реалізувати їх у спілкуванні.

Спілкування - це процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжений потребами у спільній діяльності. Він містить обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини.

Міжособистісне спілкування - взаємодія між кількома людьми, що здійснюється за допомогою засобів мовленнєвої та немовленнєвої взаємодії, в

результаті якої виникає психологічний контакт і певні стосунки між учасниками спілкування.

Для успішного міжособистісного спілкування лікареві потрібно:

- враховувати, що це безпосередня взаємодія, тобто її учасники перебувають у просторовій близькості, мають змогу бачити, чути, торкатися одне одного і обов'язково - здійснювати зворотний зв'язок;
- пам'ятати, що це особистісно-орієнтоване спілкування, тобто, що кожен з його учасників визнає незамінність, унікальність іншої людини, бере до уваги особливості її емоційного стану, самооцінки, особистісних характеристик;
- використовувати психічні процеси і стани співрозмовника, які забезпечують трансакцію (міжособистісне сприймання, потреби і мотивації, почуття й емоції, самооцінки, психологічні захисти);
- застосовувати комунікативні практики, що опосередковують взаємодію між людьми (мовлення, невербальні повідомлення);
- дотримуватись усталених норм і правил, що уможливлюють спілкування.

У спілкуванні виокремлюють такі взаємопов'язані складові:

- **комунікативна** - полягає в обміні інформацією між лікарем і пацієнтом;
- **інтерактивна** - в організації взаємодії між ними, коли потрібно узгодити певні дії, вплинути на настрій, поведінку, переконання пацієнта;
- **перцептивна** - включає процес сприйняття лікарем і пацієнтом одне одного та встановлення на цій підставі взаєморозуміння.

Спілкуючись, слід пам'ятати, що до засобів спілкування відносять не лише мовлення (слова, вирази та правила їх поєднання в осмислені вирази), яке у смисловому сенсі повинно сприйматися однаково як лікарем, так і пацієнтом, а й інтонація, емоційна виразність, яка може надавати різного змісту тій самій фразі; міміка, поза, погляд, що здатні посилювати, доповнювати або спростовувати зміст сказаного; жести (які можуть бути загальноприйнятими, що мають закріплене за ними значення, або ж експресивними, що служать для більшої виразності мовлення).

У процедурі спілкування наявні такі етапи:

- 1.Потреба у спілкуванні (необхідно повідомити щось або отримати інформацію, вплинути на пацієнта тощо), що спонукає лікаря вступати в контакт з пацієнтом.
- 2.Орієнтування у цілях спілкування, в ситуації спілкування.
- 3.Орієнтування в особистості пацієнта.
- 4.Планування змісту свого спілкування (лікар уявляє, що саме скаже пацієнтові).
- 5.Несвідомо (часом свідомо) лікар обирає конкретні засоби, мовні фрази, якими користуватиметься, вирішує, як говорити, як поводитися.
- 6.Сприйняття та оцінка реакції, що виникала в пацієнта у відповідь, контроль ефективності спілкування на підставі встановлення зворотного зв'язку.
- 7.Коректування напрямку, стилю, методів спілкування.

Поєднання усього переліченого у певну функціональну єдність творить процес успішного спілкування. При цьому потреби особистості пацієнта слід розглядати як його особливий психічний стан (напруження, незадоволення, дискомфорт), який він відчуває і усвідомлює, а також враховувати ймовірну мотиваційну кризу пацієнта - болючу зміну мотивів, до якої він зазвичай погано підготовлений. Важливими для самого лікаря у міжособистісному спілкуванні є потреба у милосерді, поведінці допомоги, співчуття та безкорисливості, що формується в актах поведінки допомоги і підвищує самоповагу і самооцінку лікаря, дає йому змогу пережити почуття причетності до добрих справ, глибокого людського співпереживання, власної шляхетності та піднятися у власних очах. Якщо котрийсь із ланцюгів процесу спілкування порушено, то лікареві не вдається досягти бажаних результатів спілкування - воно виявляється неефективним. Такі уміння називають соціальним інтелектом, практично-психологічним розумом, комунікативною компетентністю, комунікабельністю.

Комунікація - це процес двобічного обміну інформацією, який призводить до взаєморозуміння. Щоб переконатися в успішності комунікації, слід отримувати інформацію про те, як пацієнт зрозумів лікаря, як сприймає його, як ставиться до своєї хвороби та запропонованих лікарем методів лікування. Для ефективної комунікації характерні: досягнення взаєморозуміння, краще усвідомлення ситуації та предмету спілкування (досягнення більшої визначеності в розумінні сприяє

розв'язанню проблем пацієнта, забезпечує досягнення мети - одужання пацієнта - з оптимальним витрачанням ресурсів).

Причинами поганої комунікації лікаря з пацієнтом найчастіше виступають:

1. Стереотипи - спрощені думки стосовно людини або ситуації, в результаті немає об'єктивного аналізу і розуміння людини, ситуації, проблеми. Стереотипи наявні як у пацієнтів, так і в лікарів. Найбільш поширеними стереотипами пацієнтів є: сприймання лікаря як всесильної особи, яка може здійснити "чудо зцілення"; сприймання лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта та втручається у його особисте життя; сприймання лікаря як об'єкта, що зобов'язаний надавати допомогу, не висловлюючи власних думок та емоцій; сприймання лікаря як бездушної істоти, націленої лише на отримання власної вигоди і т. д. Лікарі щодо пацієнтів зазвичай створюють такі стереотипи: пацієнт-симулянт, який намагається отримати вторинну вигоду; пацієнт-обманщик, який намагається приховати (перебільшити чи применшити) симптоми захворювання; пацієнт нав'язує лікареві свою точку зору на хворобу, діагноз, методи лікування; пацієнт намагається отримати якомога більше уваги лікаря для підвищення власної самооцінки і т. д. Зрозуміло, що кожен із перелічених (і багато інших) стереотипів не можуть сприяти ефективній комунікації, необхідній для успішного лікування. Тому лікар змушений не лише намагатися зруйнувати стереотипи пацієнта, а й позбутися власних стереотипів щодо нього.

2. Упереджене ставлення - схильність нехтувати усім, що суперечить власним поглядам, все незвичайне, нове. Люди завжди вірять у те, у що хочуть вірити, і рідко усвідомлюють, що інша людина так само має підстави і право трактувати події та судження. Таке упередження з боку пацієнтів зазвичай виявляється у небажанні погодитися з діагнозом лікаря та методами лікування, якщо вони переконані у правильності іншого діагнозу чи доцільності інших методів лікування. У цьому випадку лікар повинен за допомогою раціонального переконання, залучаючи думку визнаних авторитетів та своїх колег, переконати пацієнта у хибності його розуміння хвороби. Якщо ж пацієнт спостерігає подібну

упередженість у лікаря - доцільно звернутися до іншого фахівця, провести консилиум лікарів для з'ясування дійсного стану здоров'я пацієнта.

3. Вороже ставлення до людей (чи конкретної людини). Якщо у пацієнта відзначають вороже ставлення до конкретного лікаря, лікар повинен спробувати з'ясувати їх, якщо можливо, спростувати, або ж запропонувати змінити лікаря. Коли вороже ставлення спостерігають у лікаря, у лікувальній практиці зазвичай просто змінюють лікаря. Така ситуація є сигналом про наявність у лікаря нерозв'язаних психологічних проблем, які утруднюють його фахову діяльність. Індивідуальна або групова психотерапія можуть допомогти лікареві виявити причину ворожості і знайти шляхи її подолання. При ворожому ставленні до усіх людей в першу чергу слід провести психіатричне обстеження пацієнта, а за відсутності психічних розладів - проводити тривалу психотерапію, що включає психоаналіз, когнітивно-біхевіоральну терапію, гештальт-терапію.

4. Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника. Часто у спілкуванні лікаря з пацієнтом інтерес виникає лише тоді, коли відбувається усвідомлення значення отриманої інформації, тобто за допомогою цієї інформації можна отримати бажаний або запобігти небажаному результату. У лікарів відсутність інтересу часто буває пов'язаною з синдромом хронічної втоми, великим навантаженням, рутинністю роботи. У цьому випадку лікар не виявляє зацікавленості до висловлювань пацієнта аж до моменту отримання несподіваної, неочікуваної або парадоксальної інформації, яка може кардинально змінити діагноз пацієнта чи істотно вплинути на його лікування. Пацієнти зазвичай уважні у процесі спілкування з лікарем, однак значна їх частина схильна втрачати інтерес до рекомендацій лікаря на етапі одужання, а це може загрожувати подальшими ускладненнями в перебігу хвороби. Завдання лікаря полягає у донесенні необхідної для підтримання прийняттого рівня здоров'я або його покращення як до самого пацієнта, так і до його близьких.

5. Нехтування фактами, тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації. Успішні лікарі ніколи не роблять категоричних висновків щодо діагнозу пацієнта, не маючи на це достатніх підстав, а під час лікування проводять необхідні додаткові методи дослідження, які дають

підстави підтвердити або спростувати діагноз. Встановлення діагнозу пацієнта "з першого погляду" зазвичай свідчить про недостатню фаховість лікаря і часто спостерігається у молодих лікарів. Виняток становить незначна кількість нозологій, у клінічній картині яких наявні патогномонічні симптоми (наприклад, сколіоз). Однак серйозний лікар завжди проводить додаткові дослідження, які б підтвердили правильність його діагнозу і допомогли виявити причини формування хвороби. Пацієнти по-різному ставляться до подібної "експрес-діагностики". Якщо лікар користується беззаперечною довірою пацієнта - діагноз сприймається схвально і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Та якщо у пацієнта немає впевненості у фаховості лікаря - такий діагноз викликає обурення і неприйняття пацієнта, призводить до конфліктів та змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря.

6. Помилки у побудові висловлювань: неправильний вибір слів, складність повідомлення, нелогічність, непереконливість чи не найчастіше стають причиною поганої комунікації та нерозуміння між лікарем і пацієнтом. Лікар повинен вміти правильно оцінити загальнокультурний та освітній рівень свого пацієнта і пояснити йому сутність висловлювань у зрозумілій доступній формі, не вживаючи спеціальних термінів, говорячи простими реченнями, з яких легко зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки та основні акценти. Проблема у лікарській практиці з умінням зрозуміло донести інформацію, звісно існує в усіх країнах, однак в Україні вона має певну специфіку. З одного боку, вона пов'язана з недостатнім словниковим запасом багатьох лікарів, у якому відсутні слова-відповідники, для медичних термінів, зрозумілі не медикам. Окрім того, у підготовці лікарів в Україні не передбачені високі та жорсткі вимоги до знання ними основ психології та педагогіки, логіки і філософії. Питання мови у спілкуванні з пацієнтами теж вимагає значних пояснень. Зрозуміло, що хвора людина повинна вільно висловлювати свої скарги, думки і побажання рідною мовою, не витрачаючи зайвих зусиль на намагання зрозуміти специфічні медичні терміни, вплетені у чужу мову, подумки все перекласти на рідну, здогадатися про значення незрозумілих слів, продумати відповідь, перекласти її на іншу мову і озвучити. У випадках лікування за кордоном у клініці постійно присутній перекладач, який допомагає здійснювати комунікацію у

чужому мовному середовищі. В Україні ж від лікарів не вимагають, щоб вони спілкувалися з пацієнтами їх рідною українською мовою. Така поведінка, зважаючи на значну кількість російськомовних лікарів, свідчить про їх загальну неувважність до потреб і прагнень україномовних пацієнтів, а часто - і про їх недостатній освітній і загальнокультурний рівень, коли вони визнають, що на відміну від пацієнта не володіють мовою на рівні, достатньому для фахового спілкування. Усе це створює ситуацію нерозуміння пацієнтом суті висловлювань лікаря, що істотно заважає їхній взаємодії.

7. Помилковий вибір стратегії і тактики у спілкуванні лікаря з пацієнтом може виникати, коли лікар неправильно оцінив психічний стан пацієнта і намагається вибудувати спілкування, ґрунтуючись на недоречних стратегіях. Невміння визначати настрій пацієнта, його психологічні особливості, тривожність, агресивність, репресивність призводить до серйозних психологічних проблем у пацієнтів або сприяє формуванню чи маніфестації психічного розладу, що не може не відбиватися на ефективності його лікування.

Обираючи стратегії спілкування з пацієнтом, лікар виходить з оцінювання тих вигод, які може дати кожна з них на конкретному етапі лікування. **Відкрите спілкування**, яке передбачає бажання і вміння повно виразити свою точку зору і готовність врахувати позицію пацієнта, дає змогу отримати найповніший обсяг необхідної інформації, але потребує значної кількості часу. У зв'язку з цим така стратегія більш прийнятна для спілкування з пацієнтами терапевтичних відділень.

Часто лікарі застосовують **закрите спілкування**, особливо за умови значної різниці у ступені предметної компетентності пацієнта, вважаючи безглуздом витрачати час і зусилля на підняття компетентності пацієнта. Таку стратегію часто обирають лікарі, які не спроможні зрозуміло висловити свою точку зору та наявну інформацію. Зазвичай це пов'язано з низьким рівнем професіоналізму або зі значним рівнем "синдрому вигорання" лікаря.

Різновид **напівзакритої комунікації** - однобічне випитування, при якому лікар намагається отримати від пацієнта усю необхідну йому інформацію, не відкриваючи свого бачення сутності проблеми пацієнта. Саме така комунікація

переважає у лікарському спілкуванні. Лікарі для виконання своїх професійних обов'язків потребують від пацієнтів лише тих даних, які стосуються безпосередньо причини їх звернення до лікаря. При цьому лікарі уникають торкатися проблем, пов'язаних із порушенням діяльності інших органів і систем пацієнта, а особливо - його психологічних проблем. Подібний тип спілкування може давати короткотривалий позитивний ефект на період безпосереднього лікування ураженого органа пацієнта, але він не створює у пацієнта відчуття "одужання", яке обов'язково включає, крім подолання фізіологічних проблем, налагодження психічного стану.

Іншим поширеним серед лікарів видом спілкування є **формальне спілкування** - так зв. **"контакт масок"**, коли лікар не прагне зрозуміти та врахувати особливості особистості пацієнта, а використовує звичні маски: ввічливості, скромності, співчуття - набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дають змогу приховати його справжні емоції, ставлення до пацієнта (зазвичай - байдужість).

Примітивне спілкування, коли пацієнта оцінюють лише як об'єкт, потрібний для професійної діяльності: якщо він потрібен - то з ним активно вступають в контакт, якщо не потрібен - втрачають подальший інтерес до нього і не приховуючи цього нехтують ним. Перелічені види спілкування не лише не дають значного лікувального ефекту, утруднюють діагностику і лікування пацієнта, а й чинять значний негативний вплив на самого лікаря. Саме вони сприяють професійній деформації лікаря, формування "синдрому емоційного вигорання" - а відтак призводять до зниження лікарем самооцінки, пригніченості і депресивності.

У деяких випадках пацієнт намагається у спілкуванні з лікарем здійснити так зв. **істеричне представлення проблеми**, тобто відкрито виявляє свої почуття, розповідає про проблеми та життєві обставини, не цікавлячись тим, чи хоче лікар вислуховувати його звиряння. Такий вид спілкування малопродуктивний з позицій медичної діагностики, потребує значного часу і вимагає від лікаря застосовувати доступні методи психокорекційного впливу. Часто подібна поведінка пацієнта

вказує на наявність у нього психічних розладів.

Зрозуміло, що не всі лікарі можуть в однаковій мірі володіти навичками ефективного спілкування з пацієнтами, яке вимагає і емоційних, і часових затрат. Та досягти бажаного результату і провадити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись **основних загальних вимог спілкування**: бути ввічливим, тактовним, дотримуватися інтересів пацієнта, не осуджувати його, уникати суперечок, бути доброзичливим, привітним, повідомляти в потрібний момент пацієнтові необхідний йому обсяг інформації, дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його проблем, висловлювати свої думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуховувати і намагатися зрозуміти потрібну думку пацієнта та враховувати його індивідуальні особливості заради інтересів діла.

Досягти навичок ефективного спілкування, виробити комплекс необхідних соціально-психологічних і психотехнічних умінь, необхідних для спілкування, тобто умінь, пов'язаних з оволодінням процесами взаємозв'язку, взаємовираження, взаєморозуміння, взаємовідносин, взаємовпливу, можна на соціально-психологічному тренінгу спілкування, проводити які у медичних закладах - один із функціональних обов'язків медичного психолога. На тренінгах медичні психологи прищеплюють навички: психологічно правильно і ситуативно обумовлено вступити у спілкування (з пацієнтом, його близькими, колегами); підтримувати спілкування, психологічно стимулювати активність пацієнта; психологічно точно визначати точку завершення спілкування з пацієнтом так, щоб у нього не виникало відчуття, що лікареві ніколи або нецікаво з ним розмовляти; максимально використовувати соціально-психологічні характеристики комунікативної ситуації для реалізації своєї стратегічної лінії - переконувати пацієнта у доцільності і правильності лікування тощо; прогнозувати можливі шляхи розвитку комунікативної ситуації, в межах якої розгортається спілкування, щоб не створювати у пацієнта відчуття інтимної близькості з лікарем чи його надмірної зацікавленості пацієнтом; прогнозувати реакції пацієнтів на акти комунікативних дій з метою отримання бажаних для лікування результатів; психологічно налаштовуватися на емоційний тон пацієнтів;

уміння оволодіти та утримувати ініціативу у спілкуванні з пацієнтом; вміння спровокувати бажану реакцію пацієнта; формувати і керувати соціально-психологічним настроєм пацієнта. Для цього лікар повинен оволодіти навичками, пов'язаними з управлінням процесами самообілізації, самонастроювання, саморегулювання: долати психологічні бар'єри у спілкуванні; знімати надмірне напруження у пацієнта; емоційно налаштовуватися на ситуацію спілкування з пацієнтом та його близькими; психологічно і фізично прилаштовуватися до пацієнта; психологічно адекватно до ситуації спілкування обирати жести, пози, ритм власної поведінки; мобілізуватися на досягнення поставленого комунікативного завдання.

Під час спілкування лікаря і пацієнта відбувається процес сприйняття і пізнання одне одного. Одна із форм пізнання - емпатія - здатність емоційно сприйняти пацієнта, проникати в його внутрішній світ, беззастережно та безоціночно приймати з усіма почуттями, думками і вчинками. Здатність до емоційного відображення у лікарів виявляється неоднаково. Одні - спілкуючись із пацієнтом, не виявляють зацікавленості його психічним станом, переживаннями, намірами; інші відзначають деякі ознаки психічних проблем пацієнта, і лише здатні до емпатії лікарі виявляють уміння відразу увійти в становище пацієнта не лише спорадично, а й протягом усього процесу лікарської взаємодії. Логічній формі пізнання особистісних особливостей себе та інших людей - рефлексії - притаманна схильність до спотвореного розуміння особливостей інших людей на підставі стереотипізації, коли за однією-двома рисами людину відносять до певного стереотипу і приписують їй набір якостей, притаманних цьому стереотипові. Подібна стереотипізація згубна для створення ефективних стосунків взаємодії між лікарем та пацієнтом. Будь-яка стереотипізація пацієнта обмежує можливості лікаря зрозуміти його переживання, психологічні особливості, які часто і виступають пусковим механізмом виникнення хвороб.

На сприйняття пацієнтів впливає також і настрій лікаря. Якщо він понурий, то у першому враженні про пацієнта переважають негативні почуття і запам'ятовується вдвічі менше інформації, ніж при бадьорому, отже, щоб перше враження про пацієнта було повнішим і точнішим, важливо позитивно налаштуватися.

Успішне фахове спілкування лікаря і пацієнта (як і всіх інших людей) часто ґрунтується на **міжособистісній атракції - взаємній симпатії, потягу між людьми, наданні переваги одних людей перед іншими**. Коли йдеться про спілкування лікаря з пацієнтом, то міжособистісна атракція у пацієнта має високий ступінь авансованості, а сам лікар в силу професійних потреб часто повинен задіювати певні внутрішні та зовнішні процеси, що їй сприяють. Серед **зовнішніх факторів атракції** найбільш важливими є: потреба пацієнта у розумінні співрозмовників та емоційний стан партнерів. Фізичну привабливість лікаря, його стиль спілкування, подібність між лікарем та пацієнтом, а також виявлення лікарем особистого зацікавленого і підтримуючого ставлення до пацієнта - основні **внутрішні фактори**, які власне й призводять до виникнення атракції.

У ході соціалізації кожна людина вчиться усвідомлювати, виявляти власні емоції, сприймати і розуміти емоційні стани інших людей. Лікареві особливо важливо досягти навичок сприймання та адекватного реагування емоцій і почуттів інших людей, адже вони відображають зміни, що відбуваються у внутрішніх відчуттях пацієнта та зовнішньому (лікарняному) середовищі, зміцнюють стосунки, покращують можливість розуміння переживань інших людей та допомагають взаємодіяти з ними. Оцінювати і трактувати емоції інших можна, спостерігаючи за їхніми діями, реакціями, поведінкою. Усвідомлення і контроль за формою виявлення емоцій пацієнтів дає змогу управляти ними та допомагати це робити самому пацієнтові.

Оскільки у лікаря і пацієнта одна мета - одужання пацієнта - зазвичай їхні емоційні стосунки є позитивними. Цьому у значній мірі сприяють готовність пацієнта до саморозкриття та уміння лікаря щиро й неупереджено прийняти це саморозкриття.

Однак часто у спілкуванні лікаря та пацієнта складається формальне спілкування, яке не враховує індивідуальних особливостей партнера, а ґрунтується лише на намаганні лікаря використовувати способи психологічного впливу на нього, що не лише не сприяє одужанню пацієнта, а й може призводити до погіршення його стану в результаті витрачення значного внутрішнього ресурсу не на подолання

хвороби, а на відстоювання власної психологічної цілісності.

Спілкування лікаря з пацієнтом повинне мати **активний зворотний зв'язок**, послуговувати широким спектром вербальних і невербальних засобів спілкування і містити механізми рефлексії, тобто бути довірливим, адже саме довіра до лікаря є тим фактором який визначає рівень психологічного комфорту пацієнта і його готовність виконувати усі приписи лікаря та всіляко сприяти власному одужанню. Тактична мета міжособистісного довірливого спілкування - встановлення психологічного контакту, оптимальної психологічної дистанції, що дає пацієнтові психологічне полегшення, покращує зворотний зв'язок у процесі самопізнання і забезпечує психологічне зближення з лікарем, а отже - формує довіру до нього. Щира довіра до лікаря вимагає точного оцінювання його можливостей, намірів, компетентності, а також його як особистості. Вона принципово відрізняється від довірливості та псевдодовіри. Успішність довірливого спілкування між лікарем та пацієнтом можна розглядати як певний результат зусиль подолання труднощів і психологічних бар'єрів, як результат накопичення позитивного досвіду взаємодії, шлях до злагоди, емоційного і психологічного резонансу, котрий відчувається і переживається пацієнтом.

Психологічними показниками успішності міжособистісного спілкування лікаря та пацієнта є його легкість, задоволеність спілкуванням внаслідок досягнення психологічного контакту і взаєморозуміння. Необхідними умовами успішності спілкування є комунікабельність, контактність і комунікативна сумісність лікаря і пацієнта.

Комунікабельність - вияв потреби у контактах з іншими людьми, схильність до встановлення приязних взаємин, який передбачає наявність розвинених комунікативних навичок. А контактність - специфічне соціальне уміння, в основі якого лежить природна комунікабельність, вона виявляється у спроможності мобілізувати усі наявні засоби для досягнення контакту, в умінні змінювати, залежно від ситуації, міру своєї відкритості і обрані засоби впливу, в пануванні над комунікативною ситуацією загалом.

Кожен лікар у спілкуванні з пацієнтами дотримується певного стилю, тобто

індивідуальної стабільної форми комунікативної поведінки, що виявляється у будь-яких умовах взаємодії. Сформований стійкий стиль спілкування свідчить про досягнення лікарем певного рівня комунікативної майстерності. У роботі з кожним конкретним пацієнтом успішний лікар поєднує ознаки чоловічого та жіночого стилів спілкування. **Чоловічий стиль спілкування** більш активний і предметний, але водночас - більш змагальний і конфліктний, а **жіночий** - більше орієнтований на партнерство і взаємодію, має вищу емпатійність. Зазвичай ці стилі спілкування вважають статево-обумовленими, та практика показує, що саме поєднання ознак обох стилів спілкування у взаємодії з пацієнтом призводить до формування у пацієнта водночас довірчої та підпорядкованої поведінки.

Дуже важливим для лікаря є вміння переконувати пацієнта, адже часто страх і підвищений рівень тривожності змушують пацієнтів відмовлятися від проведення необхідних діагностичних чи лікувальних маніпуляцій або нехтувати порадами і настановами лікаря. Уміння застосовувати добре продумані і доказові аргументи, інформувати пацієнта про реальний стан його здоров'я та можливі ускладнення часто вимагають від лікаря застосування спеціальних прийомів раціонального переконання щодо пацієнтів, які звикли до виваженої оцінки інформації або ж умовляння, особливо коли йдеться про кризову ситуацію, а також з пацієнтами з невисоким рівнем пізнавальних здібностей. Тому прийнято говорити про необхідність значного рівня соціального інтелекту у лікаря, який свідчить про значний рівень адекватності та успішності фахової взаємодії, дозволяє зберегти його в умовах, що вимагають концентрації уваги і опору емоційному напруженню, психологічному дискомфорту у стресі, надзвичайних ситуаціях, кризах.

Запорукою успішного функціонування лікаря у складних змінних професійних обставинах є т. зв. **соціальна компетентність** - вироблення певних поведінкових сценаріїв, які ґрунтуються на комунікативній, вербальній, соціально-психологічній, власне соціальній та емоційній - компетентності, міжособистісній орієнтації, а також відповідають як реальній ситуації, так і очікуванням пацієнтів. Основні функції такої компетентності полягають у соціальній орієнтації, адаптації, інтеграції загальносоціального і особистого досвіду у професійну діяльність.

На процес взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом істотно впливають особливості мовлення, яке виконує не лише фізіологічну функцію передачі інформації, а й несе психологічне навантаження, виявляючи мету того, хто говорить, і розуміння того, хто слухає, а також визначає статусні й ситуативні ролі співрозмовників. Уміння послуговуватися словом для лікування пацієнтів очікують від кожного лікаря. "Якщо хворому після розмови з лікарем не стало легше, то це не лікар!" - ці слова В. М. Бехтерева знає кожен лікар. Для мовленнєвої поведінки лікаря дуже важливо не лише зазначити соціально-рольовий статус, як свій власний, так і пацієнта, а й дотримуватися жорсткого контролю за змістом і формою своїх мовленнєвих повідомлень і намагатися знизити особистісне начало. Мовлення як засіб спілкування водночас виступає і як джерело інформації, і як спосіб впливу на співрозмовника. На процес взаєморозуміння у мовленнєвому спілкуванні лікаря і пацієнта істотно впливають такі особливості використання мови у мовленні, як денотація і конотація, полісемія, синонімія, статичність висловлювання, змішання спостереження і оцінки. Розмовляючи з пацієнтом, слід дотримуватися персональності адресації висловів, говорити вільно і невимушено, застосовувати короткі й прості словосполучення і речення (намагаючись уникати прикметникових і дієприкметникових зворотів), обов'язково уникати помилок у мові, заповнювачів пауз, а також робити мовлення ситуативно емоційно забарвленим.

У структуру вербального спілкування входять:

- Значення і зміст слів, фраз. У спілкуванні з пацієнтом особливо значну роль відіграє точність вживання слова, його виразність і зрозумілість, правильність побудови фрази і її дохідливість, правильність вимовляння звуків, слів, виразність і зміст інтонації.
- Мовні звукові явища: темп мови, модуляція висоти голосу, тональність голосу, ритм, тембр, інтонація, дикція. На думку пацієнтів, у ідеального лікаря манера мови плавна, спокійна, розмірена.
- Виразальні властивості голосу: характерні специфічні звуки, що виникають при спілкуванні: сміх, хмикання, плач, шепіт, зітхання та інші; розподільні звуки (кашель), нульові звуки (паузи), а також звуки назалізації - "гм-гм", "е-

е-е" та ін. у побутовій мові широко застосовують усі виражальні властивості голосу, однак у лікарській діяльності доцільно використовувати лише паузи, і ситуативно - сміх чи шепіт. Усі інші надають висловлюванню лікаря невпевненості і непрофесійності.

Та значну кількість інформації пацієнти і лікарі (як і усі люди) отримують за допомогою невербальної комунікації, тобто повідомлень, закодованих і переданих за допомогою виразних рухів тіла, звукового оформлення мовлення, використання предметів, що мають символічне значення, організованого мікросередовища, яке оточує людину. Такі повідомлення зазвичай відзначаються більшою багатозначністю, ситуативністю, синтетичністю і спонтанністю. Невербальна поведінка регулює просторово-часові параметри спілкування, підтримує оптимальний рівень психологічної близькості між лікарем та пацієнтом, дає змогу економити мовленнєві повідомлення, та головне - воно посилює емоційне насичення сказаного. Говорячи про невербальну комунікацію, найчастіше мають на увазі зовнішність та її оформлення, міміку, пози, жести людини, невербальні аспекти її мовлення, поведінку у просторі; запахи тощо. Однак слід пам'ятати, що усі невербальні повідомлення взаємодіють, часом доповнюючи одне одного, а часом - суперечачи. Тому лікареві слід не лише уважно спостерігати за невербальними повідомленнями своїх пацієнтів, інтерпретувати їх та порівнювати із вербальними, а й намагатися контролювати власні, щоб вони не вступали у протиріччя з мовленнєвими повідомленнями та не трактувалися хибно пацієнтами. Адже пацієнти, зауваживши подібні невідповідності, практично завжди пов'язують їх із намаганням лікаря приховати "страшну правду" про стан їхнього здоров'я.

Невербальні засоби спілкування:

- **Кінестичні** - прояви людських почуттів та емоцій; міміка - рухи м'язів обличчя, жести - рухи окремих частин тіла, пантоміма - моторика всього тіла: пози, постава, хода тощо.
- **Такесичні** - дотики під час спілкування: потиск рук, поцілунки, погладжування, відштовхування тощо.
- **Проксемічні** - перебування у просторі при спілкуванні.

Найбільш інформативною, зрозумілою і легкою у декодуванні у процесі спілкування є **міміка** - рухи м'язів обличчя, що відображають внутрішній емоційний стан, який надає понад 70 % інформації. Спілкуючись із пацієнтами, лікарі повинні пам'ятати, що лоб, брови, рот, очі, ніс, підборіддя - ці частини обличчя виражають основні людські емоції: страждання, гнів, радість, здивування, страх, відразу, щастя, зацікавлення, смуток тощо. Важливо зазначити, що основне пізнавальне навантаження у ситуації розпізнавання справжніх почуттів людини несуть брови та губи. Науково доведено, що лівий бік обличчя значно частіше виказує емоції людини, ніж правий; це пояснюється тим, що права півкуля, яка контролює емоційне життя людини, відповідає за лівий бік обличчя. Позитивні емоції відбиваються майже однаково на обох половинах обличчя, а негативні - яскравіше виражені на лівому.

Жести при спілкуванні несуть багато інформації, у мові жестів є слова та речення. У лікарській діяльності особливо важливі **жести - ілюстратори** - це жести-повідомлення: вказівники (вказівним пальцем пацієнт вказує місце, де він відчуває біль); **пиктографи**, тобто образні картини зображення (отакого розміру і такої форми), часто виступають як важливе діагностичне доповнення; **кінетографи** - рухи тілом краще за слово описують ті вимушені рухи, як повинен робити пацієнт, щоб зменшити свої страждання; а також жести-біти (жести-відмашки) та **ідеографи** - своєрідні рухи руками, що сполучають уявні предмети/Спілкування включає значну кількість **жестів-регуляторів**, що виражають ставлення до почутого, це може бути: посмішка, кивок, скерування погляду, цілеспрямовані рухи руками, які дають змогу підтвердити свою зацікавленість у почутому і реагування на нього. Не менш важливим є зчитування **жестів - адапторів** - специфічних рухів рук: чухання або посмикування окремих частин тіла; торкання або поплескування співрозмовника чи себе самого; погладжування, перебирання предметів, що є під руками (олівець, гудзик тощо), які зазвичай вказують на підвищений рівень тривожності пацієнта, його невпевненість у собі, намагання заспокоїтись, здійснюючи звичні рухи. Складнішим для декодування є **жести - ефектори**, що виражають певні емоції за допомогою рухів тіла або м'язів обличчя, оскільки кожна людина може вкладати в

них різний, часом парадоксальний зміст. Але вони стають зрозумілими під час тривалого спостереження за пацієнтом і можуть надавати додаткову інформацію про самопочуття та переживання пацієнта.

Намагаючись виявити свої почуття, люди охоче звертаються й до жестикуляції. Ось чому для проникливого лікаря людини важливо набути уміння розуміти жести. Загальновідомі **жести оцінювання** (почухування підборіддя, випростування вказівного пальця вздовж щоки; вставання і ходіння), які можуть підказати лікареві, що пацієнт не переконаний у правильності висновків лікаря; **жести впевненості** - з'єднання пальців у склепіння піраміди; розгойдування на стільці, які зазвичай роблять пацієнти, впевнені у власній думці, які прийшли отримати медичну допомогу, вже маючи власний діагноз та план лікування; **жести невпевненості** та **знервованості** (переплетені пальці рук, пощипування долоні, постукування пальцями по столу), які вказують на тривожність пацієнта, невпевненість щодо стану їхнього здоров'я та щодо фаховості лікаря; **жести самоконтролю** (руки за спиною, одна стискає іншу, людина сидить на стільці, міцно вчепившись руками в бильця) свідчать про тривожність пацієнта, яку він намагається приховати від лікаря, страх смерті, страх лікування тощо; **жести очікування** (потирання долонь, повільне витирання долонь об тканину) теж вказують на тривожність пацієнта, його неспокій щодо стану здоров'я і перспектив; **жести заперечення** (руки складені на грудях, тулуб відхилений назад, схрещені руки, дотики до кінчика носа) вказують на незгоду пацієнта з позицією лікаря і вимагають пояснень, уточнень і переконання пацієнта; **жести прихильності** (прикладання руки до грудей, переривчасті дотики до лікаря) вказують на довіру і прагнення отримати допомогу. Уміння краще розуміти ці та інші жести дозволять лікареві краще оцінювати психічний та соматичний стан пацієнта, його рівень довіри до лікаря, щирість та ін.

Не менш важливою професійною навичкою лікаря є його **уміння слухати**, адже це дає змогу зрозуміти і запам'ятати важливу для подальшого лікування інформацію, а також з'ясувати основні психологічні особливості особистості пацієнта. Звісно, існує багато факторів, які заважають ефективному слуханню, - це і

складність уважно сприймати всі усні повідомлення пацієнта на тлі велетенського обсягу щоденної інформації, і занурення у власні проблеми та турботи, які часто відволікають від концентрування на проблемах пацієнта. Та найістотнішими є фізіологічні причини - кожна людина думає значно швидше, ніж говорить, тому часто у лікаря виникає бажання прискорити темп висловлювань пацієнта, змусити його упускати деталі, які, на думку лікаря, не є важливими. Для підвищення ефективності слухання лікареві потрібно удосконалювати навички концентрації уваги, емоційного самоконтролю, роботи з інформацією. За необхідності засвоєння великого обсягу інформаційних повідомлень одним із способів концентрації уваги є вміння точно визначити, яка саме інформація необхідна у даній конкретній ситуації, для даного пацієнта. Ефективне застосування різних стилів слухання сприяє збереженню і розвитку міжособистісних взаємин лікаря і пацієнта.

Уміння слухати - це найважливіша умова і запорука продуктивного спілкування лікаря з пацієнтом. Не слід вважати, що слухання - це пасивна поведінка в розмові, тобто не говоріння, коли поки говорить один, інший лише мовчки очікує перерви в його монологі, і, як тільки той замовкає, другий починає говорити про свої проблеми, або й перебиває першого, не дочекавшись, поки він закінчить. Хоча пацієнти досить часто сумирно сидять, поки говорить лікар, - зрозумівши, що він зробив паузу, починають говорити про свої проблеми, не пов'язані (принаймні очевидно) з хворобою пацієнта. Якщо лікар націлений на ефективну взаємодію з пацієнтом, він вислухає його, адекватно відреагує на почуте і лише тоді знову повернеться до проблем здоров'я пацієнта. Лікарям, які вміють слухати, пацієнти розповідають свої найбільш сокровенні таємниці, які часто допомагають виявити причину захворювання та з'ясувати психологічні проблеми, з ним пов'язані. Слухання у лікарській взаємодії - це активний складний процес, у ході якого певним чином встановлюються зв'язки між лікарем і пацієнтом, виникає відчуття взаєморозуміння, яке робить його ефективним. Окрім здатності сприймати отриману інформацію, у процесі слухання виникає зворотний зв'язок, завдяки якому пацієнт усвідомлює, що він розмовляє з живою людиною, яка слухає і розуміє його. Оскільки у кожному висловлюванні існує принаймні два змістовних рівні:

інформаційний та емоційний, зворотний зв'язок може бути теж двох типів - відображення інформації та відображення почуттів пацієнта. Для підтвердження активного слухання лікар повинен застосовувати певні реакції: підтакування, повторення останнього слова або перефразування останньої фрази пацієнта, спонукання, ставити уточнюючі та навідні запитання, підказувати слова або фрази для закінчення речення, висловлювати емоції, робити логічні висновки з розповіді пацієнта, розпитувати його.

Переважно у слуханні пацієнта виявляється три складові: **підтримка – вирозуміння - коментування.** На етапі підтримки треба дати пацієнтові змогу висловитися, мовчки слухаючи, підтакуючи, повторюючи останні слова та виявляючи емоції.

На етапі вирозуміння слід переконатися, що лікар правильно зрозумів пацієнта, для цього він задає уточнюючі, навідні запитання, робить парафрази.

На етапі коментування лікар висловлює свою думку з приводу почутого: дає поради, оцінки, коментарі. Такий процес слухання пацієнта дає змогу досягти найбільш довірчого рівня спілкування, необхідного для ефективної лікувальної взаємодії.

Невміння слухати - не єдина причина порушень, що виникають у міжособистісному спілкуванні лікаря і пацієнта. Часто їх причиною стають так зв. комунікативні бар'єри, що можуть виникати внаслідок особистісних особливостей як лікаря, так і пацієнта. **Сором'язливість** - це специфічна особистісна властивість, яка виявляється через стан нервово-психічного напруження і психічного дискомфорту, що може виникати у певних ситуаціях міжособистісного спілкування лікаря і пацієнта і утруднювати їх міжособистісне спілкування. Сором'язливість як якість, що переживається хворобливо, створює труднощі в установленні контактів, підтриманні і розвитку стосунків, негативно впливає на комунікацію, але у спілкуванні лікаря з пацієнтом часто призводить до неможливості отримати достатню інформацію для діагностування хвороби. Пацієнти соромляться розповідати лікареві про особливості свого статевого життя, про фізіологічні випорожнення, про психотравми, яких зазнали у дитинстві, та багато іншого. Уміння лікаря переконати пацієнта, що він

може довіритися лікареві, який гарантує збереження лікарської таємниці, а також, що ставлення лікаря до пацієнта не зміниться в результаті його відвертості, значно пришвидшує процес збору анамнезу, а отже - й діагностування хвороби. Та що не менш важливо - цей етап спілкування відіграє значну психотерапевтичну роль, адже після висловлення своїх прихованих страхів, "гріхів" та подолання бар'єру, який розділяв пацієнта з усім іншим світом, його настрій і самопочуття значно покращується. Часто пацієнти говорять, що відверто розповівши лікареві свої таємниці, вони відчують відчуття самоочищення, як після сповіді священників.

Кожному лікареві у своїй практичній діяльності неодноразово доводиться спостерігати прояви античності, відчуження і самотності у пацієнтів. Ці відчуття у різній мірі в різні періоди життя притаманні кожній людині, та хвороба зазвичай загострює їх прояви і призводить до формування стійкої психологічної самотності, що виявляється у відчутті суб'єктивної від'єднаності, відчуження від своїх близьких. Незадоволення стосунками, намагання звести їх до формальних і поверхневих, напруженість, відчай, туга значно утруднюють процес міжособистісного спілкування пацієнта, в т.ч. з лікарем. Однак лікарі знають, що зазвичай така поведінка свідчить про прагнення пацієнта мати стійкі довірливі особистісні стосунки із значущими іншими, і часто саме лікар "ламає кригу" відчуження пацієнта, після чого налагоджуються стосунки не лише з самим лікарем, а й з родичами пацієнта.

Часто на заваді ефективному спілкуванню лікаря з пацієнтом стають так зв. дефекти спілкування, які полягають у свідомому згортанні контактів, спотворенні справжніх мотивів лікаря. Зазвичай цьому сприяють акцентуації характеру пацієнта, підвищений рівень тривожності та ригідність пацієнта. Лікар, який працює у клініці, повинен допомогти пацієнтові подолати його підозріливість до оточення, непоступливість, дратівливість, метушливість тощо, навчити контролювати свої психічні стани з метою оптимізації стосунків із медперсоналом, а також для формування у самого пацієнта відчуття задоволеності своєю поведінкою, її наслідками.

Серед причин, що особливо обтяжують спілкування лікаря з пацієнтом,

провідне місце посідає обман, тобто намагання пацієнта створити у лікаря хибне уявлення про пацієнта як про особистість, про ймовірні причини виникнення у нього хвороби, про його самопочуття і скарги. Прагнення до обману притаманне тим, хто не спроможний протистояти стресогенному впливу хвороби. Тому такі пацієнти схильні до агресивної поведінки, гніву, а також відчуття жалю до самих себе.

Спілкування між лікарем і пацієнтом повинно бути ефективним через необхідність їх постійної міжособистісної взаємодії, скерованої на подолання хвороби. А для цього необхідні: взаєморозуміння, координація і узгодження намірів та інтересів пацієнта і лікаря. Взаємне уміння і бажання зрозуміти ситуацію, узгодити з нею вияв своїх емоцій і поведінку є необхідною умовою створення мікроклімату, сприятливого як для одужання пацієнта, так і для роботи лікаря. Оскільки лікар повинен у взаємодії з пацієнтом відігравати роль лідера, а також впливати на пацієнта, для нього потрібні такі якості: впевненість, наполегливість, комунікабельність, орієнтація на успіх, здатність до саморегуляції, працездатність, соціальний інтелект. Аналіз експериментальних даних щодо здатності особистого впливу дає підстави зробити висновок про існування комплексу комунікативно-особистісних властивостей, необхідних лікареві, щоб успішно впливати на пацієнтів у лікувальній взаємодії, до якого входять: легкість у спілкуванні, навички спілкування, адаптивність, впевненість у висловлюваних думках і судженнях, розуміння співрозмовника, соціальний інтелект. Звичайно, природа особистісного впливу складна й прямо залежить від темпераменту і типу особистості, а також від харизми лікаря. Оскільки далеко не кожен лікар наділений якостями, необхідними для ефективного впливу на інших людей, у професійній діяльності вдаються до певних стратегій впливу, які у кожен конкретний момент доцільно застосовувати щодо конкретного пацієнта.

Для емоційно-вольового впливу на пацієнта лікар повинен володіти здатністю заряджати енергією інших людей (особливо пацієнтів), використовуючи для цього різноманітні засоби - від посмішки до суворого наказу, впливати на пацієнтів своїм ставленням до них, їхньої поведінки, а також - власним прикладом. Водночас лікар

повинен бути вимогливим, постійно, але гнучко скеровуючи поведінку пацієнтів та їхні думки у русло позитивної налаштованості щодо одужання. При цьому слід доброзичливо, докладно і аргументовано аналізувати і оцінювати поведінку пацієнтів, підкреслюючи всі їхні успіхи та вказуючи на помилки і недоліки.

Як і у кожному спілкуванні, у спілкуванні з пацієнтами лікарі застосовують імперативну, маніпулятивну або розвиваючу стратегію спілкування.

Застосування **імперативної стратегії** виправдовує себе у випадках необхідності надання пацієнтові негайної допомоги; коли пацієнти не виконують приписів лікаря; при лікуванні пацієнтів з вираженими ознаками тривожності та невпевненості у собі.

Маніпулятивна стратегія впливу, на перший погляд, досить приваблива при роботі з пацієнтами, які не впевнені у необхідності лікування, у власних силах, у досвіді лікаря, даючи короткотривалий бажаний ефект - підкорення розпорядженням лікаря - уже невдовзі призводить до прагнення пацієнта від'єднатися від лікаря, тобто пацієнт перестає виконувати його приписи і намагається уникати спілкування з ним. Тому застосування такої стратегії виправдане лише у випадку необхідності отримання негайного, але короткотривалого підпорядкування і підкорення лікареві, що можна спостерігати переважно при гострих афективних станах.

Найбільш прийнятною у роботі з пацієнтами є **розвиваюча стратегія спілкування**, коли лікар ставиться до пацієнта як до рівноправного суб'єкта спілкування, визнаючи за ним право на висловлювання побажань, власної думки і суджень, залишаючи за собою право у разі потреби переконувати пацієнта у їхній хибності або неможливості виконання, тобто стосунки лікаря з пацієнтом є симетричними. Головним чинником впливу у цьому випадку виступає переконання, безпосередньо пов'язане з особистим впливом лікаря як здатністю спонукати або стримувати пацієнта. Лікар може застосовувати логічне переконання, апелювати до загальновизнаних авторитетів тощо.

Намагаючись впливати на пацієнтів, лікар повинен пам'ятати, що, окрім його

здатності їх переконувати, слід використовувати й традиційне сприймання образу лікаря як людини, яка володіє достатніми знаннями і навичками, необхідними для надання допомоги іншим людям. Незважаючи на те, що формування образу лікаря не завжди супроводжується глибоким проникненням у його внутрішній світ та адекватною оцінкою або розумінням його особистості, воно передує розумінню пацієнтом особистісних особливостей лікаря. Кожен пацієнт, створюючи образ лікаря, формує певну установку, визначає емоційне і пізнавальне ставлення до нього і намагається згідно із своїми уявленнями регулювати власну поведінку у процесі їхньої взаємодії. Елементи фізичної постави, зовнішності або експресії виступають у формуванні образу лікаря як багатозначні соціальні сигнали, що пояснюють, хто ця людина за віком, досвідом, переконаннями, що вона відчуває у даний момент, як налаштована, який рівень її культури і естетичних смаків, чи впевнена вона у собі, чи комунікабельна тощо. Звичайно, інформація, яку отримують при сприйманні образу іншої людини, не завжди ними усвідомлюється; оскільки вона є фундаментом у побудові образу іншої людини, лікар, спілкуючись із пацієнтом, теж несамохіть створює в уяві його образ. Створення образу пацієнта не лише полегшує міжособистісну взаємодію з ним, а й допомагає точніше виявити усі порушення, наявні у фізичному та психічному стані пацієнта. Для раціонального розуміння пацієнта слід накопичувати, систематизувати вербалізовану інформацію про них і оперувати цими даними для досягнення максимальної відповідності суджень, оцінок, уявлень про пацієнта, а також його особистісних якостей, рис, мотивів, що дають змогу оцінювати пацієнтів і прогнозувати їхню поведінку. Намагаючись краще зрозуміти пацієнта, слід не лише неупереджено оцінити пред'явлені особистісні риси, а й намагатися доповнити їх інтуїцією, рефлексією, емпатією. Інтерпретуючи поведінку пацієнта, не можна забувати про неприпустимість каузальної атрибуції, тобто приписуванні причин поведінки пацієнта, недооцінюючи роль ситуації хвороби і переоцінюючи значення його особистісних рис.

На успішність спілкування лікаря з пацієнтом впливають такі фактори:

- уміння і бажання працювати для отримання бажаного результату (одужання пацієнта або покращання його стану);

- бажання і здатність нести відповідальність і приймати рішення, скеровані на отримання бажаного результату;
- готовність змінювати стратегії і тактики лікування в інтересах пацієнта;
- готовність до співпраці з колегами, пацієнтом та його близькими;
- мистецтво приймати швидкі рішення;
- здатність передбачати майбутнє;
- широкий світогляд;
- чуття ситуації;
- здатність бачити, виокремлювати головне;
- наполегливість;
- уміння управляти своєю думкою та думкою пацієнта;
- повага до інших;
- здорове марнославство.

Ефективність спілкування засновується на таких складових: психологічна вибірковість, практично-психологічний розум, психологічний такт.

Психологічна вибірковість лікаря - це здатність швидко і глибоко вникати у психологію пацієнта та відображати її, змінюючи тон і форму спілкування, засоби і методи впливу. Цьому процесу у значній мірі сприяє емпатія - здатність уявно поставити себе на місце пацієнта, яка допомагає скласти швидко і точну психологічну характеристику пацієнта, пояснити поведінку і вчинки - як пацієнта, так і свої власні щодо пацієнта.

Практично - психологічний розум дає змогу проводити лікування пацієнта та спілкуватися з ним, враховуючи його індивідуальні особливості, швидко орієнтуватися в ситуаціях, що вимагають практичних дій.

Особливо важливий у взаємодії лікаря з пацієнтом **психологічний такт** - уміння знайти підхід до кожної людини, встановити з нею довірчі стосунки і ефективно взаємодіяти. Це вимагає уміння знайти відповідну форму спілкування, тон розмови залежно від психологічного стану та індивідуальних особливостей пацієнта. Чуйність, уважність до пацієнтів, простота і природність у звертанні, об'єктивний підхід до людей - якості, що особливо важливі для лікаря.

Для ефективного процесу лікувальної діяльності лікар повинен також володіти навичками вироблення і прийняття рішень, для чого застосовувати у практичній діяльності аналіз отриманих даних, передбачати ймовірний перебіг хвороби та її результати, бути готовим адекватно відреагувати на будь-які зміни у процесі лікування пацієнта, виявляти чутливість до всіх змін у поведінці та самопочутті пацієнта, уявляти процес психічного перетворення особистості пацієнта під час лікування, а також сприймати, розуміти та оцінювати пацієнтів і процес лікування такими, як вони є. Оскільки у взаємодії **"лікар - пацієнт"** лікар виконує роль керівника, стосунки з пацієнтами вибудовуються залежно від особистісних особливостей лікаря та пацієнта. Вони можуть бути авторитарними, якщо лікар бере на себе усю відповідальність за життя і здоров'я пацієнта, не враховуючи його особистісних потреб, прагнень і переконань; **ліберальними** - коли лікар висловлює стандартно-формалізовані рекомендації, залишаючи за пацієнтом можливість обрання стратегій поведінки; **демократичними** - коли лікар обговорює з пацієнтом стратегії і тактики лікування, обираючи прийнятні - як з позиції лікувального впливу, так і з позиції готовності до них пацієнта, а за необхідності лікар намагається переконати пацієнта щодо зміни його точки зору, ґрунтуючись на доцільності, необхідності та прийнятності такої тактики. Найбільш ефективним, звичайно, є демократичний стиль. Авторитарний стиль поведінки лікаря зазвичай свідчить про значний ступінь вираженості його професійного деформації, а ліберальний - вказує на емоційне вигорання лікаря. Однак у деяких випадках саме застосування авторитарного стилю може врятувати життя пацієнта, а ліберального - спонукати його до необхідності виявляти більшу відповідальність за власне життя і здоров'я.

Таким чином, етика спілкування лікаря і хворого – це один із центральних розділів медичної деонтології, який забезпечує успіх лікування та видужування хворих. Лікар будь – якої спеціальності має постійно вдосконалювати свої знання у цій сфері, вивчати психологію та особистісні характеристики хворих, спрямовувати їх на швидке одужання.

Питання для контролю та самоконтролю:

1. Назвіть та охарактеризуйте складові спілкування.
2. Назвіть та охарактеризуйте етапи спілкування.
3. Назвіть причини поганої комунікації лікаря з пацієнтом.
4. Назвіть та охарактеризуйте основні види спілкування.
5. Назвіть основні загальні вимоги спілкування.
6. Дайте визначення “міжособистісна атракція” та охарактеризуйте її види.
7. Що входить у структуру вербального спілкування?
8. Назвіть та охарактеризуйте види невербального спілкування.
9. У слуханні пацієнта виявляються три складові. Назвіть та охарактеризуйте їх.
10. Ефективність спілкування засновується на певних складових. Назвіть та охарактеризуйте їх.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М., 1996. – 469 с.
2. Губенко Л. Г., Немцов В. Д. Культура ділового спілкування. – К., 2002.
3. Журавель В. І., Вайнагій В. М., Рогач І. М. Керівник і підлеглі, або про службово – посадові взаємини. Ужгород. – 1996.
4. Коваль А. П. Ділове спілкування. – К., 1992.
5. Обозов Н. Н., Щекин Г. В. Психология работы с людьми. Киев. – 1990.
6. Радевич – Винницький Я., Костенко В. Етикет і культура спілкування. – К., 2006.
7. Хвистюк М. І., Роготин Б. А., Короп А. Ф. Як ми уявляємо первинну медико – санітарну допомогу на засадах сімейної медицини // Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України. – Київ, Львів. – 2001. – С. 48 – 53.