

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**КУЛЬТУРА УПРАВЛІННЯ
ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА МЕНЕДЖМЕНТУ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

Навчально – методичний посібник
для лікарів – інтернів та курсантів підвищення кваліфікації закладів (факультетів) післядипломної
освіти зі спеціальності
“Організація і управління охороною здоров'я”

Автори:

д. м. н., проф. Рогач І. М.
к. м. н., доц. Качала Л. О.
к. м. н., доц. Погоріляк Р. Ю.
к. м. н., доц. Чопей К. І.

УЖГОРОД - 2012

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 кафедрою громадського здоров'я ФПО УжНУ;
- **Качала Лариса Олександрівна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я ФПО УжНУ;
- **Погоріляк Рената Юріївна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я ФПО УжНУ;
- **Чопей Ксенія Іванівна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини ФПО УжНУ.

*Рекомендовано до друку Вченою радою
факультету післядипломної освіти УжНУ,
протокол № 1 від 28 серпня 2012 р.*

Рецензенти:

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

Товт – Коршинська М. І. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою фтизіатрії з курсами інфекційних хвороб та дерматовенерології.

ЗМІСТ

1. Передмова.....	4
2. Розділ 1. Деонтологічні засади медичної діяльності.....	5
3. Розділ 2. Етико – моральні чинники професійного й особистісного становлення лікаря	
4. Розділ 3. Лікар як особистість. Професійна придатність до медичної діяльності.....	
5. Розділ 4. Професійна деформація лікаря.....	
6. Розділ 5. Синдром емоційного вигорання у лікарів.....	
7. Розділ 6. Психологічні аспекти роботи лікарів різних спеціальностей.....	
8. Розділ 7. Психологічні аспекти лікувальної діяльності.....	
9. Питання для контролю та самоконтролю.....	
10. Список використаної літератури.....	

ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

1. Деонтологічні засади медичної діяльності

Оскільки ми розглядаємо деонтологічні аспекти роботи фахівця нового типу - лікаря загальної практики (сімейного лікаря), який у своїй фаховій діяльності поєднує знання та уміння як лікаря, так і психолога, - слід пам'ятати про практичну сутність медицини - її зв'язок зі здоров'ям людини, долею та життям, тобто основними факторами її життя.

Крім того, питання медичної етики і деонтології також мають важливе практичне значення. З позиції системного підходу визначається тісна взаємозалежність різних факторів, що впливають на походження, перебіг і результат хвороби, де одне із центральних місць належить психосоціальним факторам, які необхідно враховувати, особливо, у практиці сімейного лікаря.

Етика - наука, що визначає моральні цінності особистості, її вчинків та схильностей, тобто допомагає розмежовувати поняття добра і зла, совісті і честі, справедливості та сенсу життя. Етика та моральність визначають систему норм моралі поведінки в суспільстві. **Етика медичного працівника - це частина загальної етики, яка визначає моральні засади поведінки медичного працівника у сфері його діяльності.** Медична етика включає в себе сукупність норм поведінки та моралі, створює підґрунтя для почуття обов'язку та честі, моральних переваг медичного працівника.

Ще у древньокитайській книзі Хуан Ней-цзиня "Про природу та життя" вперше описані моральні засади медика, основними з яких автор вважає: "Вмій тримати серце в грудях" та "Медицина не може врятувати від смерті, але може продовжити життя та зміцнити своїми порадами". А Гіппократ про основні моральні засади лікаря говорив: "Нехай він буде за вдачею прекрасним та добрим, значним та людинолюбним".

Передусім слід зазначити, що у моралі як цілісному структурному утворенні виділяються такі три основні елементи: **моральна свідомість, моральна діяльність і моральні взаємини.** Звісно, ця схема має свої обмеження, в чомусь виявляється однобічною. Проте безперечно позитивною її якістю є логічна чіткість і водночас відповідність реальній структурі та ієрархії проблем і категорій сучасної етики.

Незважаючи на визначення моралі, її жодним чином не можна уявити без відповідної моральної свідомості. По-перше, жоден людський вчинок, жоден акт комунікації між людьми просто неможливо морально виміряти, якщо не передбачається, що людина здатна усвідомлювати їх внутрішню проблематику, порівнювати їх із власними уявленнями про добро і зло, належне і справедливе, з власним сумлінням. Поза свідомістю, отже, моралі не існує - не тільки в тому розумінні, що без неї було б неможливе саме виконання певних вчинків та дій, а й у тому, що нарівні з останніми, усвідомлення входить до складу самого феномена моралі. По-друге, мораль як така - це в кожному випадку характеристика певних людських вчинків, поведінки, людської активності загалом. Там, де цього немає, - просто немає й потреби говорити про мораль. І по-третє, мораль, безперечно, виникає й існує лише в контексті тих чи інших людських стосунків. Це можуть бути не тільки взаємини між людьми, а й ставлення людини до природи, культури та її цінностей тощо. У кожному разі, йдеться про взаємини, коли людина саме відноситься, відносить себе до чогось як принаймні рівного собі. Поза відносинами немає моралі. Усі виокремлені три основні компоненти моралі тісно пов'язані між собою, породжують цілу систему прямих і зворотних зв'язків.

Медична деонтологія - сукупність етичних принципів і правил поведінки медичного працівника під час виконання професійних обов'язків, тобто надання хворій людині максимального обсягу фахової допомоги, а також передбачає виключення ймовірності завдання їй шкоди та сприяє підвищенню ефективності лікування пацієнта і запобігання виникненню ускладнень, хронізації процесу та приєднанню супутніх захворювань. Загалом сутності поняття медичної психології найкраще відповідає латинська приказка "Salus aegroti suprema lex" (Добро хворого - найвищий закон).

Розкриття питання прояву соціальних норм у професійній етиці лікаря повинно виходити із засновку, що лікар як представник певної спільноти не може бути вільним від знання, усвідомлення та поділяння (принаймні часткового) типу моралі, яка превалує у суспільстві, до якого він належить. Гостро постаючи перед окремими соціумами та перед людством загалом, етична проблема все ж за своєю суттю лишається передусім проблемою конкретної людської особистості, вибір якої становить основу морального самовизначення суспільства. Хоч би як спотворювалась роль моральності в суспільстві,

істинна мораль насправді ніколи не стає засобом пригнічення або приниження особистості. Саме мораль формує основи людської гідності, тож і не може узалежнювати людину, позбавляти її притаманної їй свободи, яка саме на цій моралі й ґрунтується.

Звичайно, крім свободи, мораль знає і необхідність. Ця суперечність, яка позірно може здаватися суперечністю спрямованості діяльності - вибору (у вузько ситуативному значенні), насправді є внутрішньо особистісною суперечністю. Відтак, розв'язання моральних дилем залежить у першу чергу від особистісних якостей людини. Етична проблематика містить у своїй основі психологічні виміри. Сфера моральності - це не тільки проблеми обов'язку, свободи, відповідальності, це також глибокий і неповторний світ суб'єктивних переживань, ідеалів та прагнень, невичерпної діалектики людської душі. Це одвічні питання добра і зла, сенсу життя і ставлення до смерті, честі та гідності людини, сорому і совісті, любові й співчуття. До цієї сфери належить цілий комплекс проблем людської діяльності й міжособистісних стосунків. Важливим аспектом етичного становлення людини є розвиток моральних якостей особистості - доброти, чесності, справедливості тощо. Засвоєння змісту моральних принципів, норм і вимог - це напрямок, до якого має звертатися лікарська діяльність.

Розглядаючи моральні конфлікти і шляхи їх подолання у процесі групової психологічної діяльності, варто мати на увазі, що у конфліктології ці питання загалом не порушені. У процесі групових форм роботи лікар зобов'язаний суворо дотримуватися принципу добровільної участі клієнтів (пацієнтів) у заходах. Під час роботи з дітьми, пацієнтами допускаються відхилення від принципу добровільності, але в межах законодавчих норм. Обов'язком лікаря є намагання налагодити з пацієнтом співробітництво, обов'язково опосередковуючи інтереси усіх учасників групової роботи. Лікар у доступній формі повідомляє обстежуваним про власні висновки. При цьому він зобов'язаний обачливо і обережно висловлюватися щодо виявленої патології пацієнта. Лікар обов'язково попереджає про тих, хто і для чого може використати ці дані; він не може приховувати від людини, які офіційні рішення можуть бути винесені на підставі медико - психологічного висновку. Лікар уповноважений особисто запобігати некоректному і неетичному використанню результатів досліджень і повинен виконувати цей обов'язок незалежно від посадової субординації.

Розвиток здібностей та прояви схильностей лікаря у професійному становленні вимагають постійного поповнення знань про нові наукові досягнення в галузі його діяльності, для розв'язання тільки тих завдань, які належать до сфери його компетенції. У разі непосильності завдання, лікар передає пацієнта іншому фахівцеві (більш досвідченому, компетентному або такому, який працює у напрямку, більш прийнятному для конкретного пацієнта).

2. Етико-моральні чинники професійного й особистісного становлення лікаря

Особистісне зростання лікарів виступає важливою передумовою професійного становлення особистості, що, ґрунтуючись на психологічній та особистісній зрілості фахівців, зумовлює виникнення такої необхідної складової особистості фахівця, як професійна ідентифікація, що є невід'ємним компонентом професійної самосвідомості особистості, основними характеристиками якої є прийняття провідних професійних ролей, цінностей та норм, сформовані мотиваційні структури, що спонукають особистість до ефективної практичної діяльності. Несформована професійна ідентифікація навіть при високому рівні теоретичних знань та відпрацьованих практичних умінь не дає змоги фахівцеві впевнено почувати себе у процесі виконання професійних обов'язків, актуалізує механізми психологічного захисту, а отже, й перешкоджає ефективній професійній самореалізації.

Прояви соціальних норм у професійній етиці лікаря ґрунтуються на тому, що він несе особисту відповідальність за свою роботу. Лікарі зобов'язані всіляко запобігати і не допускати антигуманних наслідків у своїй професійній діяльності. Вони повинні утримуватись від будь-яких дій чи заяв, що загрожують недоторканності особи; не мають права використовувати свої знання і становище з метою приниження людської гідності, пригнічення особистості або маніпулювання нею; несуть відповідальність за дотримання пріоритету інтересів людини.

Зі зростанням науково-технічного і виробничого потенціалу людства, підвищенням здатності впливати на стан навколишнього буття і на кардинальні умови свого існування, дедалі важливішою стає моральна спрямованість конкретних дій.

Щодалі більшого значення набувають цінності, яким людина підпорядковує свою діяльність. Якщо раніше у людській культурі домінували релігійно-конфесійні, пізнавальні, естетичні, утилітарно-практичні цінності тощо, то нині настає час, коли визначальними для людини і людства повинні стати цінності етичні - саме від них залежатиме спрямованість суспільного, культурного і суто людського розвитку.

Рефлексія та саморегулювання особистісних і професійних якостей лікаря скерована на успішність професійної адаптації, кінцевою метою якої є професійна ідентифікація фахівця. Професійна адаптація передбачає насамперед вироблення та вдосконалення професійно значущих особистісних якостей, стереотипів, поведінки; засвоєння основних професійних ролей, форм спілкування, необхідних для успішного виконання майбутньої професійної діяльності; формування професійної рефлексії та професійної самосвідомості лікарів.

Розкриття професійної культури лікаря має опосередковувати розуміння культури як історичного явища - сукупності матеріальних і духовних цінностей, створених і створюваних людством, а також сукупності усіх видів перетворювальної діяльності, за допомогою якої формуються ці цінності. Розвиток культури залежить від змін соціально-економічних формацій і характеризується рівнем оволодіння людством силами природи, а також рівнем розвитку кожної окремої людини і людства загалом. Разом з тим культура має певну самостійність щодо змін своєї матеріальної основи. Така самостійність виявляється у спадкоємності та взаємодії культур різних народів. Термін "культура" означає не тільки сукупність людських досягнень у підкоренні природи, у розвитку техніки, науки, освіти, моральних устоїв, а й досягнутий рівень культури, ступінь досконалості в оволодінні будь-якою галуззю знання і діяльності. У такому значенні використовують термін "культурність". Складовими професійної культури лікаря є політична, правова, етична й естетична культура.

3. Лікар як особистість. Професійна придатність до медичної діяльності

Без сумніву, лікувальна діяльність є однією з найважчих. Зазвичай працювати лікарями йдуть люди, які з дитинства відчують потребу допомагати іншим людям, тобто

виявляють гуманізм. Вочевидь ще ті первісні люди, які допомагали своїм ближнім, робили це не лише із меркантильних причин, а й намагаючись полегшити чужий біль чи врятувати життя, тобто з почуття гуманності. Усі хворі очікують від лікаря щирого прагнення допомогти їм і перекопані, що інакшим лікар бути не може. Саме тому лікаря прийнято наділяти найкращими людськими якостями, основною з яких є гуманізм.

Основні морально-етичні норми лікарської професії сформулював філософ і лікар Гіппократ у своїй "Клятві", яка справила найбільший вплив на формування морального обличчя лікаря і не втратила своєї актуальності й до сьогоднішнього дня. Її основні положення:

- **заборона на заподіяння шкоди хворому** ("Я скерую режим хворих до їхньої вигоди згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від заподіяння усякої шкоди і несправедливості");

- **повага до життя** ("Я не дам нікому смертельного засобу, що просять у мене, і не вкажу шляху для подібного задуму, так само як я не дам жодній жінці абортивного песарію");

- **повага до особистості хворого** ("В який дім я б не увійшов, я увійду туди лише задля користі хворого, далекий від усього зумисного, неправедного і згубного, особливо від любовних діянь з жінками і чоловіками, вільними і рабами");

- **лікарська таємниця** ("Що б під час лікування, а також і без лікування, я не побачив або не почув стосовно життя людського з того, що не слід будь-коли розголошувати, я промовчу про це, вважаючи це таємницею");

- **повага до вчителів та учнів** ("Клянуся шанувати того, хто навчив мене мистецтва лікування, як власних батьків, ділитися з ним своїми статками..., а його дітей вважати своїми братами... вчити їх безкоштовно;... все в науці повідомляти своїм синам, синам свого учителя та учням, пов'язаним зобов'язаннями і клятвою за законом медичним");

- **повага до професії** ("Чисто і непорочно буду я провадити своє життя і своє мистецтво").

Окрім морально-етичних особистісних якостей, лікар повинен мати належну фахову підготовку та володіти навичками й уміннями, необхідними у професійній діяльності, вміти адекватно оцінювати стан пацієнта та власні професійні можливості і

ризика, бути витриманим і впевненим у своїх силах, самостійним у прийнятті рішень та готовим відповідати за них, ініціативним, наполегливим, цілеспрямованим, а також володіти такими комунікативними якостями, як особиста привабливість, ввічливість, повага до оточуючих, тактовність, уважність, спостережливість, комунікабельність, доступність, довіра до оточення та уміння завоювати довіру від них.

Зрозуміло, що, описуючи ці особистісні особливості, ми усвідомлюємо, що вони можуть бути притаманними лише винятковим поодиноким особистостям, т. зв. ідеальним лікарям, котрі зазвичай і залишають помітний слід в історії медицини та людства. Оскільки більшість лікарів є людьми пересічними, вони рідко володіють повним набором властивостей, необхідних для ефективної лікарської діяльності. Окрім того, низький соціальний статус лікарів у нашому суспільстві, принизливо низька оплата праці та відсутність гідного рівня життя, матеріального, соціального і правового забезпечення, а також перспектив на майбутнє, їхня беззахисність при намаганні покращити чи змінити способи лікування чи умови перебування пацієнтів у стаціонарі, повна залежність (особливо у маленьких містечках) від прихильності місцевої влади, залежність від матеріальної "вдячності" пацієнтів (яка робить їх свого роду заручниками ситуації) та багато інших чинників не можуть не впливати на дійсний образ сучасного лікаря. А зважаючи на те, що на професійну діяльність чинять вплив ще й особисті проблеми (часто викликані саме особливістю фахової діяльності), а також суто професійні шкідливості (фізична і психологічна перевтома, професійне викривлення та вигорання) надання медичної допомоги на належному рівні і не видається можливим.

Однак, незважаючи на значну кількість лікарів, до яких пацієнти уникають звертатися або звертаються лише у разі крайньої необхідності, тобто неможливості вибору, дуже багато лікарів не лише ефективно працюють, а й наближаються до змальованого образу "ідеального лікаря". На нашу думку, вирішальне значення тут має психологічна підготовка і психологічна готовність лікарів до професійної діяльності та її наслідків. Загальноприйнята думка про те, що лікарі повинні любити хворих, на нашу думку, хибна за своєю суттю. Лікарі повинні любити здорових і намагатися допомогти хворим людям стати здоровими. А щодо хворих лікарі повинні відчувати радше повагу та розуміння. По-перше, кожна емоція шкодить раціональному мисленню, а отже, погіршує

результати лікарської інтервенції. По-друге, нам складно заподіяти біль близьким людям, а отже, любов обмежує можливості як діагностики, так і лікування пацієнта.

Намагаючись створити образ ідеального лікаря, можна використати такі якості, важливі для спілкування лікаря з пацієнтом:

Емпатія - вміння бачити світ очима іншої людини, пацієнта, розуміти і сприймати вчинки з їхніх позицій. Доброзичливість, здатність не лише відчувати, а й показувати своє доброзичливе ставлення до пацієнта, вміння приймати його навіть тоді, коли не схвалюєш його вчинків, готовність підтримувати його. Емпатію належить відрізнити від симпатії, тобто позитивного емоційного відношення. Емпатія за своєю суттю є емоційно нейтральною.

Автентичність - вміння лікаря бути природним у стосунках, не ховатися за масками чи ролями, здатність бути самим собою в контактах з пацієнтом, його близькими та колегами.

Конкретність - відмова від загальних, а також багатозначних та незрозумілих розмірковувань та зауважень, вміння говорити про конкретні переживання, думки, дії, готовність однозначно відповідати на запитання пацієнта.

Ініціативність - схильність до діяльної позиції у стосунках з пацієнтами, щоб іти вперед, здатність встановлювати контакти з різними людьми; готовність робити будь-які справи в ситуації, що вимагає активного втручання, а не чекати, коли це зробить хтось інший, незважаючи на соціальні ролі та статус.

Безпосередність - вміння говорити і діяти напругу, відкрита демонстрація свого ставлення до проблеми, до пацієнта.

Відкритість і щирість, яка не еквівалентна готовності оприлюднити всі свої інтимні таємниці, але задовольнити цікавість пацієнта, оскільки сам лікар як людина, а не її таємниці цікавлять пацієнтів.

Сприйняття почуття - відсутність страху при безпосередньому контакті з почуттями пацієнтів та їхніх близьких, готовність приймати емоційну експресію від них.

Визначаючи перелік особистісних якостей лікаря, найбільш важливими для ефективної професійної діяльності слід вважати:

- високий рівень особистої відповідальності;

- повага, терпимість, безоціночне ставлення до усіх пацієнтів, незалежно від співпадання його морально-етичних норм та поведінки із загальноприйнятими та прийнятними для самого психолога (у випадку неможливості - подолати негативне ставлення до пацієнта, зумовлене категоричним неприйняттям його як особистості, пацієнта слід передати іншому фахівцеві, а також обов'язково самому пройти додаткову психотерапію, скеровану на з'ясування причин виникнення такого ставлення та його подолання);
- щира зацікавленість особистістю пацієнта і причинами, що призвели до психічних розладів;
- інтуїція, що ґрунтується на знаннях та життєвому і професійному досвіді, уміння прогнозувати події;
- прагнення до самопізнання, саморозвитку;
- тактовність, вихованість;
- уміння зберігати лікарську таємницю;
- допитливість;
- ініціативність, цілеспрямованість, наполегливість;
- креативність;
- ерудованість.

Звісно, наданий перелік не абсолютний за своїм змістом, до нього увійшли лише ті здібності, які є вкрай важливими в роботі лікаря. Однак досвід свідчить, що за відсутності вказаних здібностей не лише страждає рівень надання допомоги пацієнтові, а й у самого фахівця починають формуватися психологічні проблеми, пов'язані з усвідомленням неповної відповідності чи неспроможності працювати. Багато молодих фахівців, не усвідомлюючи до кінця небезпеки появи таких небажаних проявів, нехтують необхідністю саморозвитку, самовдосконалення, додаткового навчання. Це викликає значну кількість нарікань клієнтів, які не отримали належної допомоги, та формує негативну суспільну думку.

Абсолютними протипоказаннями до роботи лікарем є:

- психічна та емоційна неврівноваженість;
- агресивність;
- замкнутість;

- нерішучість;
- низький інтелектуальний рівень;
- небажання працювати з людьми, відсутність поваги до них, байдужість;
- небажання і невміння зрозуміти та прийняти іншу людину такою, як вона є;
- прагнення у роботі застосовувати традиційні схеми лікування, нездатність знаходити індивідуальні прийоми;
- недостатній фаховий рівень.

Однозначність перших п'яти пунктів переліку не вимагає їх пояснення та уточнення. Особливості навчання на медичних факультетах зазвичай призводять до природного відсіву таких людей. Щодо наступних пунктів - варто їх проаналізувати та розмежувати для лікарів. Небажання працювати з людьми, відсутність поваги до них, байдужість, а також небажання і невміння зрозуміти та прийняти іншу людину такою, як вона є, унеможливають будь-яку роботу лікаря. Якщо ж говорити про лікарів, то серед них є немало таких, які не намагаються зрозуміти своїх пацієнтів або залишаються до них байдужими. Звичайно, це ускладнює спілкування з пацієнтами та, ймовірно, погіршує ефективність роботи, однак це не може бути абсолютним протипоказанням до лікарської діяльності. Деякі лікарські спеціальності не вимагають і не передбачають необхідності у надмірному рівні комунікабельності та емпатії лікаря. В першу чергу йдеться про лікарів-лаборантів, рентгенологів, лікарів, що займаються функціональною діагностикою, патологоанатомів, кожен з яких має лише короткотривалі спорадичні контакти з пацієнтами та істотно вплинути на стан пацієнта своїми особистісними особливостями не може. Що ж стосується багатьох інших фахівців - хірургів, анестезіологів, реаніматологів, діагностів, то за умови високого рівня їхньої фаховості переважна більшість пацієнтів не висуває до них інших вимог. Однак у роботі терапевтів, педіатрів, онкологів, травматологів, дерматологів, фтизіатріє, стоматологів - кожен з яких не лише лікує пацієнта, а й повинен у процесі лікування з ним тривало спілкуватися - ці якості є необхідними, і їхня відсутність істотно погіршує, якщо й взагалі не унеможлиблює, виконання лікарем його професійних функцій.

Прагнення у роботі застосовувати традиційні схеми лікування, нездатність знаходити індивідуальні прийоми - якості однаково неприйнятні для роботи лікаря.

Щоправда, у лікарській діяльності існує дуже велика кількість приписів та правил, які вимагають саме дотримання певної схеми лікування чи порядку проведення оперативного втручання, не дотримуючись яких лікар фактично порушує закон. Однак тут ідеться про необхідність застосовувати до кожної людини індивідуальний підхід, розглядати кожного пацієнта як унікальну особистість, а його хворобу - як унікальний розлад функціонування цієї особистості. Адже відомо, що пацієнти з тим самим діагнозом, отримуючи ідентичне лікування, цілком по-різному на нього реагують. Тому лікареві слід підбирати для кожного пацієнта саме індивідуальний стиль лікування, якою б привабливою та звичною до застосування не видавалася традиційна схема.

Останній пункт переліку - недостатній фаховий рівень - насправді є основним. На жаль, в нашій країні кожна людина неодноразово виявляла, що вона звернулася по допомогу до фахівця, який не виправдовує її сподівань. І хоча наших сподівань не виправдовують різні фахівці: вчителі - не знають свого предмету і не вміють викладати, будівельники - проектують споруди, які руйнуються; журналісти - у пошуках "гарячих" новин не цікавляться їх правдивістю та науковістю, аграрії - не вміють господарювати на землі, урядовці - не знають економіки, парламентарі - ухвалюють закони, що не діють, і т. д. і т. п. - незадоволення щодо їх діяльності обмежується висміюванням та суспільним осудом. Недостатній фаховий рівень лікарів, у чиїх руках життя і здоров'я кожної людини - сприймається суспільством як злочин. Невміння лікаря надати допомогу набагато болючіше сприймається людьми, ніж втрата заощаджень через незнання основ монетарної політики банкіром, адже йдеться про незворотні та незамінні втрати - життя і здоров'я.

Для успішної самопрезентації лікаря він повинен чітко уявляти власний імідж, працювати над ним, покращуючи власні знання про самого себе та навички саморегуляції. Робота над власним іміджем - це формування враження про себе, яке має конкретні цілі і завдання - переконати пацієнта у власній компетентності. Центральну частину іміджу посідає продуманий зовнішній вигляд, який повинен сигналізувати про професійно-ціннісні якості особистості лікаря та сприяти формуванню його репутації.

Вимоги до фаховості лікарів були і залишаються дуже високими, і саме тому кожен, хто хоче присвятити своє життя такій діяльності, може і повинен намагатися

досягти якомога вищого рівня знань та умінь і, працюючи, постійно його вдосконалювати і підвищувати.

4. Професійна деформація лікаря

Кожна професійна діяльність людини, яка посідає значне місце в житті дорослої людини, ґрунтується на принципі єдності свідомості, діяльності та особистості, а отже, сприяє формуванню важливих професійних якостей особистості, та водночас може призвести до особистісних розладів. Під впливом професії в особистості відбуваються активні якісні зміни, які можуть не лише змінити її спосіб життя, а й вплинути на особистісний розвиток. Зрозуміло, що в результаті з'являються не лише позитивні зміни, а й формується значна кількість негативних змін - відбувається так звана **професійна деформація особистості**.

У професіях, пов'язаних із взаємодією "людина - людина", важливе значення має орієнтування на іншу людину як рівноправного учасника цієї взаємодії. Особливо істотний вплив як на долю самого лікаря, так і на долю його пацієнта чинить здатність лікаря до гуманістичної взаємодії.

На думку фахівців, особливо схильними до професійної деформації стають лікарі, які мають значну і слабо контрольовану владу над людьми.

Фактори, що призводять до професійної деформації, можна поділити на три групи:

- **Фактори, зумовлені специфікою діяльності** (регламентація діяльності, що призводить до її формалізації з елементами бюрократизму; наявність значної влади щодо інших людей, що часто виявляється у зловживаннях; корпоративність діяльності, яка стає причиною психологічної ізоляції і відчуження від соціуму; підвищена відповідальність за результати своєї діяльності; психічні і фізичні перенавантаження, пов'язані з нестабільним графіком роботи; екстремальність діяльності; необхідність у процесі професійної діяльності контактувати з представниками різних верств населення, що може призводити до засвоєння елементів певної субкультури).
- **Фактори, що відображають особливості особистості** (рівень домагань, неадекватний до

рівня можливостей, та завищені особистісні очікування; недостатня професійна підготовка; тривалий професійний стаж роботи; професійні установки (сприймання усіх інших людей як пацієнтів); зміна мотивації діяльності (втрата інтересу, розчарування).

- **Соціально-психологічні фактори:** (неадекватний стиль керівництва; несприятливий вплив найближчого соціального оточення; низька суспільна оцінка діяльності). Професійна деформація лікаря розвивається поступово, починаючи з його професійної адаптації. Однією з перших ознак такої адаптації стає зниження емоційного сприймання і реагування на страждання та смерть іншої людини. У лікарів зі значним стажем роботи зазвичай спостерігається практично беземоційне ставлення до своїх пацієнтів, та водночас зберігається здатність до емпатії та повага до пацієнта, його переживань, його хвороб та його перспектив. В окремих випадках при значних професійних деформаціях з'являється ставлення до пацієнта як до "цікавого об'єкта дослідження", у якого наявні певні симптоми.

Не менш важлива деформація лікаря виникає внаслідок соціальних причин, адже робота лікаря пов'язана з необхідністю дотримання численних норм, правил та інструкцій, що регламентують його фахову діяльність. Намагання чітко дотримуватися вимог інструкцій, які не завжди відповідають, а часто навіть суперечать знанням і досвіду лікаря, також сприяють виробленню формального підходу до пацієнта не як до цілісної особистості, а як до об'єкта, на певну частину якого необхідно здійснити вплив.

Та найбільш значним є вплив на особистість лікаря, його переконаність (часто підкріплена сторонніми оцінками та міфологізацією фаху) у власній могутності і владі - над іншою людиною, її життям та долею. Протистояння подібній деформації вимагає від лікаря постійної критичної оцінки та самооцінки власних професійних досягнень, безперервного порівняння з визначними лікарями, а головне - здатності критично та іронічно ставитися до самого себе. Оскільки сама професійна діяльність лікаря постійно переконує його в його могутності, таке протистояння лікар зазвичай програє. Впевненість у власній непогрішимості та всесильності за ступенем вираженості майже відповідає невпевненості у своїх званнях та навичках випускника медичного вузу.

Зважаючи на те, що лікар одночасно працює з двома реальностями: неживою

(бюрократична формалізованість діяльності) і живою (життя пацієнтів та власне) у нього виникає спокуса їх ототожнити, що створює ілюзію простоти. У цьому випадку лікар переживає лише прості почуття, не постає перед проблемою вибору, не сумнівається у своїх діях та переконаний у їх наслідках, тобто його свідомість стає практично статичною.

Усе перелічене свідчить про значний вплив професійної деформації на особистість лікаря. **Професійна деформація - це зміна властивостей людини: характеру, поведінки, стилю спілкування, стереотипів сприймання, ціннісних орієнтацій, які настають внаслідок тривалої професійної діяльності.**

Професійна деформація лікаря виявляється як у його професійній діяльності, так і поза нею.

Істотною зміною особистості лікаря можна назвати втрату відчуття новизни та фаховий цинізм. Зрозуміло, що, внаслідок праці з великою кількістю людей, які довіряють йому свої думки та переживання щодо різноманітних життєвих ситуацій, з часом притуплюється здатність в особистому (та й у професійному) житті дивуватися певним подіям і вчинкам. Перенесення у власне життя емоцій сторонніх людей позбавляє змоги самого лікаря повноцінно відчувати власні проблеми, переживати власні емоції, пов'язані з його особистісними переживаннями, а натомість лише намагатися проаналізувати їх, виявити можливі негативні впливи та спробувати їх усунути. Таке ставлення у поєднанні з прагненням відсторонитися від складних життєвих ситуацій своїх пацієнтів породжує т. зв. цинічну поведінку лікаря, коли він намагається зменшити емоційний вплив професійних та особистісних проблем, замінюючи його відреагування іншими (переважно смішними) реакціями. Така поведінка виступає як свого роду захисна реакція для самого лікаря та спонукає пацієнта переглянути своє ставлення до проблеми. Та в особистому житті вона зазвичай викликає різке неприйняття близьких та призводить до емоційної ізоляції самого лікаря.

Не менш небезпечним є намагання конструювати виправдання для себе на всі випадки життя, тобто раціоналізації усіх життєвих проблем: власних, близьких людей та пацієнтів. Створивши хибне уявлення про "зрозумілість" для нього будь-яких вчинків, лікар часто потрапляє у безвихідну ситуацію, адже, володіючи медичним понятійним

апаратом, він намагається пояснити усі події та вчинки, а в результаті виявляється, що кожне наступне пояснення спростовує попереднє. Окрім того, лікарі часто створюють для себе так зв. психічну (чи психологічну) норму, згідно з якою й намагаються себе поводити, не дозволяючи собі спонтанно виявляти власні почуття, емоції та переживання - вони вважають, що таким чином проводять "самопсихотерапію".

Професійна деформація, що полягає у надмірному намаганні не лише постійно надавати допомогу всім, хто її потребує, а й поводитися згідно з уявними нормами психологічно виваженої поведінки, зазвичай виникає внаслідок як побутового ставлення до лікаря як до людини, яка все знає, розуміє, а отже, повинна поводити себе так, щоб було зручно її оточенню, так і в результаті надмірної вимогливості до самого себе та можливості надавати допомогу іншим.

Більшість лікарів знають про ці та інші небезпеки їхньої професійної діяльності і намагаються її уникнути.

5. Синдром емоційного вигорання у лікарів

Внаслідок тривалого впливу професійних стресів різної інтенсивності може виникати **синдром емоційного вигорання (згоряння)**. У першу чергу це стосується альтруїстичних спеціальностей, до яких належить професія лікаря. Сучасна психологічна наука розглядає синдром емоційного вигорання як процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергій, що виявляється у певних симптомах (виснаження, відчуття втоми), а також відстороненням особистості та зниженням задоволення від виконання професійних обов'язків.

Професія лікаря вимагає від фахівця не лише професійної майстерності, а й великої емоційної віддачі. Ще у XVII ст. голландський лікар ван Туль - Пен запропонував символічну емблему медичної діяльності - палаюча свічка і девіз:

"Світячи іншим, згоряю сам".

"Синдром емоційного вигорання - фізичні, емоційні та пізнавальні симптоми, які відчуває фахівець, неспроможний ефективно справитися зі стресом, викликаним обмеженнями, що стосуються його цілі та особистої кар'єри".

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) синдром емоційного вигорання

віднесено до рубрики 273: "Проблеми, пов'язані з труднощами управління своїм життям". Перші дослідницькі праці з цієї проблеми з'явилися в США. У 1974 р. американський психіатр Н. Fredenberger, досліджуючи проблему розчарування, надмірної перевтоми та деморалізації у лікарів, назвав даний феномен "burnout" (з англ. - вигорання, знемога, виснаження). Психологічні стани здорових людей, які перебувають в емоційно напруженій атмосфері в момент надання професійної допомоги - інтенсивно та тісно спілкуються з клієнтами або пацієнтами - відзначаються певною асиметрією через значний рівень відповідальності, який на них покладено щодо життя та здоров'я пацієнтів. Через кілька років американський психолог К. Maslac визначила цей стан як синдром фізичного та емоційного виснаження: поява негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрата розуміння і співчуття до пацієнтів чи клієнтів. До групи ризику щодо формування синдрому емоційного вигорання відносять лікарів, психотерапевтів, соціальних працівників, психологів, а також юристів, міліціонерів, пожежників, рятувальників внаслідок їх постійного (чи частого періодичного) зіткнення зі смертю та стражданнями, негативними переживаннями інших людей, особистісним залученням у вирішення їхніх проблем та підтримки у важких життєвих ситуаціях, адже у багатьох випадках неможливо залишатися емоційно не включеним у ситуацію.

Коли говорять про професійну придатність лікаря, нечасто згадують про неодмінну, на нашу вимогу, - емоційну зрілість, цілісність особистості, готовність не лише вирішувати фахові завдання, а й адекватно емоційно їх відреагувати, максимально не допускаючи особистісного залучення. Зважаючи на складність протистояти виснаженню, протидіяти згорянню у лікарській діяльності, яка зазвичай потребує орієнтації на іншу людину і значного творчого потенціалу - саме віддані своїй справі, енергійні та наполегливі лікарі зазвичай страждають на синдром емоційного вигорання.

При синдромі "емоційного вигорання" у фахівця настає своєрідне зникнення або деформація емоційних переживань, котрі є невід'ємною частиною усього нашого життя. Симптоми розладу багато в чому подібні до симптомів хронічної втоми, і саме вони призводять до подальшої професійної деформації лікаря. Синдром емоційного вигорання - це емоційне виснаження, неможливість співпереживати. Раніше лікарі дуже рідко визнавали, що тривожність, репресивність, низька самооцінка та інші психологічні

проблеми спостерігаються не лише у їхніх пацієнтів, а й у них самих. "Лікарі... страждають від значного особистісного дистресу, але їм важко розкритися перед кимось за межами родини чи кола друзів. Особливість лікарської професії - заперечення проблем, пов'язаних зі здоров'ям". Це призводило до вкрай незадовільного рівня діагностування емоційного вигорання у лікарів, а як наслідок - зниження їх працездатності, конфліктності на роботі та вдома, формування у них психосоматичних та психічних розладів.

Спершу синдромом емоційного вигорання називали кожен стан знемоги і виснаження у поєднанні з відчуттям власної непотрібності або меншовартості та безрезультатності будь-яких зусиль. Згодом симптоматика синдрому значно розширилася за рахунок психосоматичних та психічних компонентів. Сучасні дослідження дедалі частіше пов'язують синдром емоційного вигорання із психосоматичним самопочуттям, а відтак, станом, що передує хворобам. Можна виокремити такі ознаки синдрому емоційного вигорання: відчуття втоми і виснаження після активної професійної діяльності, поява психосоматичних розладів (коливання артеріального тиску, головний біль, біль у спині та м'язах, порушення функціонування кишково-шлункового тракту та серцево-судинної системи, безсоння); також лікарі відзначають появу негативного ставлення до пацієнтів та колег і негативну налаштованість до виконуваної діяльності, що виявляється у роздратованості та агресивності у поведінці. Зникає потяг до фахового та особистісного вдосконалення, з'являється схильність до прийняття традиційних форм знання, шаблонних дій, ригідність операцій мислення, В результаті формується стійке негативне ставлення до самого себе, відчуття провини, що призводить до підвищеної тривожності, песимістичної налаштованості і репресивності.

Слід розуміти, що синдром емоційного вигорання виступає у ролі механізму психологічного захисту особистості, який виявляється повним або частковим пригніченням емоцій у відповідь на психотравмуючі впливи. У цьому випадку "вигорання" можна розглядати як функціональний стереотип, оскільки як захист він дає змогу дозовано використовувати емоційні ресурси, а отже, це набутий стереотип професійної поведінки.

Однак внаслідок конкретних обставин одночасно можуть виникати і

дисфункціональні наслідки. У такому разі "вигорання" негативно відбивається на виконанні професійної діяльності й ставленні до оточуючих чи колег, тому в літературі цей синдром часто називають "професійним вигоранням". Такий підхід дає змогу розглядати характерну симптоматику в межах особистої деформації, що розвивається під впливом професійних стресів.

Стадії емоційного вигорання:

- Працівник спершу задоволений роботою, працює з ентузіазмом, та по мірі накопичення робочих стресів діяльність починає приносити все менше задоволення і працівник стає менш енергійним.
- З'являються втома, апатія, можуть виникнути проблеми зі сном. За відсутності додаткової мотивації і стимулювання працівник втрачає інтерес до самої лікарської діяльності та до її результатів. У цей період з'являються порушення трудової дисципліни і намагання уникнути виконання професійних обов'язків.
- В результаті надмірних фізичних та емоційних навантажень лікар відчуває виснаження, у нього спостерігають надмірну дратівливість, репресивність, схильність до психосоматичних розладів або травматизації.
- Психосоматичні розлади набувають хронічного перебігу, у зв'язку з чим лікар втрачає працездатність, що призводить до поглиблення депресії та зростання агресивності (в першу чергу аутоагресії).
- Фізичні та психологічні проблеми лікаря унеможливають його професійну діяльність і можуть спровокувати формування важких соматичних та психічних розладів.

Відмінність емоційного вигорання від інших форм емоційної ригідності, на думку В. В. Бойка, полягає у його прямій залежності від виду діяльності. На його думку це механізм психологічного захисту, що полягає у повному або частковому виключенні емоцій у відповіді на вплив психотравмуючих факторів і дає змогу особистості ощадно використовувати власні енергетичні ресурси. А отже - вигорання є конструктивним проявом психіки, але його наслідки мають ознаки деструктивності внаслідок ускладнень у професійній діяльності та професійних стосунках, що призводить до професійної деформації.

На думку С.Д. Максименка, якщо людина обирає професію лікаря за

покликанням, довіряється природній обдарованості серця і розуму, то внутрішні емоційні переживання професійної діяльності - це велична людська драма. Поглибивши питання синдрому емоційного вигорання і говорячи про емоційні переживання, ми торкаємося сфери проблеми внутрішнього стресу, який відбувається щоразу під час контакту лікаря і пацієнта. У справжнього лікаря душевна драма - це драма професійна, що вступає у протиріччя з особистістю. Існує своєрідний трансфер, що переноситься від хворого на лікаря, який "вбирає" негативні переживання і мусить вивести пацієнта зі стану тривоги, страху смерті, паніки, а отже - емоційно лікар сам себе веде до стресу, який сприяє розвитку синдрому емоційного вигорання. Тобто, лікар "вигоряє" професійно, знищуючи себе емоційно.

Існує тісна взаємодія між професійним "вигоранням" і мотивацією діяльності. В такому контексті до психічного перенапруження найбільше схильні люди, які працюють із високою самовіддачею та відповідальністю. З огляду на це синдром емоційного вигорання можна розглядати як результат розрядки стресу на робочому місці. При цьому слід зазначити, що професійна специфіка відбивається на певному рівні стресогенності окремих чинників. Наприклад, якщо йдеться не про терапевтичну кардіологічну допомогу, а роботу кардіолога-хірурга, то акценти фахівця зміщуються на необхідність збалансовано підходити як до пацієнта, так і до самого себе. Душевні сили спрямовуються на блокування особистістю негативних переживань, сконцентрованість на тверезості суджень, раціональність вчинків, - все це допомагає прийняти адекватне рішення і досягти конкретної мети кардіологічного оперативного втручання.

У ситуації, що розглядається, негативними є переживання, пов'язані з недосяжністю "внутрішнього стандарту". Переживається не сам професійний стан операційного періоду, а вже пережитий стан. Такий подвійний рівень емоцій призводить до напруженого психічного стану, коли переживається не те, що відбулося, а те, як усе відбувалося: рефлексія щодо помилок, того, що могло трапитися, що можна було зробити краще і т. д.

Тривалий стрес призводить до виразних симптоматичних порушень у психічній, соматичній і соціальній сферах життя, тому профілактика, лікувальні й реабілітаційні заходи повинні бути спрямовані на усунення дії стресора: зниження й усунення

напруженості на роботі, підвищення професійної мотивації, встановлення балансу між витраченими зусиллями й отриманою винагородою. Пильну увагу слід приділяти і зниженню негативного впливу основних організаційних чинників, що суттєво впливають на тривалість і глибину стресу лікаря. Окрім високого робочого навантаження, до них належать відсутність або незадовільна якість соціальної підтримки з боку керівництва та колег, неналежна винагорода праці, неможливість впливати на прийняття важливих фахових рішень, некоректні та неоднозначні вимоги, одноманітна праця протягом тривалого часу без повноцінного відпочинку тощо.

Для профілактики емоційного вигорання при виявленні перших ознак розладу психологи рекомендують застосовувати певні прийоми саморегуляції та допомоги, яка ґрунтується на створенні відповідного рівня комунікації: інформування про причини та ознаки вигорання, неформальне спілкування, емоційна підтримка у групах.

Щодо індивідуального рівня особистості, то тут допомога психолога або психотерапевта повинна бути скерована на те, щоб лікар м'яко пережив стрес. Для цього обов'язково слід враховувати психологічну конституцію і реакції особистості, наявність захворювань тощо.

Психологи наголошують на цілісності та стійкості структури особистості людини, якій властивий пошук шляхів захисту від деформації. Синдром емоційного вигорання - саме один із таких способів психологічного захисту, профілактика якого охоплює значно ширшу сферу системи взаємодії "людина - людина", ніж суто медичну проблему.

Щоб лікар не став заручником хворобливого стану пацієнта, слід поступово змінювати парадигму мислення пересічного громадянина в цілому. І пацієнт, і лікар повинні усвідомлювати, що суттєва роль у боротьбі з хворобою і відповідальність за життя і здоров'я належить насамперед самому пацієнту. Це вже інша установка, інше зміщення акцентів лікувального процесу між двома суб'єктами.

6. Психологічні аспекти роботи лікарів різних спеціальностей

Особливості роботи лікаря в реаніматології та анестезіології

У зв'язку зі специфікою роботи реанімаційних відділень, її складністю та напруженістю, особливістю контингенту пацієнтів, питання етики і деонтології є особливо актуальними. Основою у цих питаннях є постійна готовність всього медичного персоналу

реанімаційних відділень до проведення невідкладних заходів у разі гострих порушень функцій життєво важливих органів і систем, до проведення серцево – легеневої реанімації у випадках клінічної смерті.

Реанімаційні відділення належать до числа найбільш технічно обладнаних. У зв'язку з використанням у реаніматології технічних засобів у системі “лікар – пацієнт – машина” виникають складні етико – деонтологічні проблеми. Лікаря необхідно слідкувати не лише за станом пацієнта, а й за станом технічних засобів. Лікар разом із технічним персоналом повинні нести відповідальність за справність приладів й апаратів, за безпеку їх використання.

Медичні працівники реанімаційного відділення зазнають великих психоемоційних і фізичних навантажень. Їм доводиться постійно працювати в атмосфері максимального напруження, боротьби за життя людини.

Лікар реанімаційного відділення повинен мати високу професійну майстерність, велику силу волі, витримку, самовладання, терпіння, рішучість, виключну чуйність і людяність.

Особливе значення в роботі реанімаційного відділення має психологічна сумісність медичних працівників, колегіальність, узгодженість, взаєморозуміння, взаємодопомога та взаємовиручка, намагання об'єднати зусилля і волю для досягнення головної мети – спасіння життя людини.

Доступ у реанімаційне відділення рідних, як правило, заборонений. Тому співробітники відділення повинні надати хворому подвійну “порцію” тепла, турботи та уваги.

Особливості роботи лікаря у клініці загальної хірургії

Особливість роботи хірурга полягає в тому, що він постійно повинен вирішувати дуже серйозні та складні проблеми, за якими стоять життя і здоров'я пацієнта. Це не тільки діагностика, але й визначення ступеня ризику операції, доцільності тих чи інших додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, одержання згоди хворого і його родичів на термінове хірургічне втручання і т. д. Звичайно, прийняття таких рішень вимагає від хірурга великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого

розуміння міри відповідальності перед хворим, Ускладнює становище хірурга те, що він, не маючи права гарантувати абсолютного успіху, повинен знайти можливості зниження ступеня операційного ризику, а у випадках, коли такий ризик перевищує ризик самої хвороби, мати мужність сказати про це. Чим більшими стають досягнення хірургії, тим вищими - вимоги до хірургів.

Робота лікаря у хірургічному відділенні в першу чергу полягає у боротьбі з тривожністю пацієнта, його страхом перед операцією, страхом смерті, страхом майбутнього. Перед операцією доцільно у загальних рисах пояснити йому, у чому полягає суть втручання, його необхідність, які функціональні зміни відбудуться в організмі після оперативного втручання. Намагаючись налаштувати пацієнта на позитивний результат і вселити в нього надію на одужання, водночас обов'язково слід попередити його про можливі ризики.

Після проведення оперативного втручання психокорекційна допомога пацієнтові не менш важлива, ніж перед ним. Зважаючи на істотне психологічне потрясіння, яке пережив пацієнт, його психологічні особливості, хірург повинен щоденно його відвідувати у післяопераційному блоку, намагаючись допомогти прийняти свій новий статус та зміни, які на нього чекають у майбутньому.

Особливості роботи лікаря у клініці травматології та ортопедії зумовлені, в першу чергу, специфікою особистісних, ситуаційних особливостей пацієнтів із захворюваннями й ушкодженнями опорно-рухового апарату та їх лікування.

Початок захворювання під час травм раптовий, а при ортопедичній патології - має тривалий перебіг з тенденцією до погіршення і часто починається від народження. У переважній більшості випадків тривалість терміну лікування та подальшої реабілітації дуже значна, а пацієнти під час хвороби обмежені у своїй трудовій, соціальній та особистісній активності та очікують їх швидкого і повного відновлення. І, врешті, при деяких ортопедичних хворобах (часом і при травмах) захворювання супроводжується вираженим больовим синдромом, а також може призвести до виникнення косметичних дефектів.

Усі перелічені причини істотно впливають на особливості міжособистісних стосунків з ортопедичними і травматологічними хворими і медичного персоналу та

родичів пацієнта.

Лікар повинен у своїй роботі проводити бесіди з пацієнтами, в яких його ознайомлюють з методами лікування, перспективами на відновлення функцій опорно-рухового апарату, а також зі змінами у житті пацієнта, зумовленими їх втратою. Оскільки серед пацієнтів травматологічного відділення перебуває значна кількість молодих, соматично здорових людей, які ще не були на тривалому стаціонарному лікуванні, звикли до активного способу життя і, звичайно, до самостійного задоволення своїх потреб, пов'язаних з опорно-руховим апаратом, через залежність від оточення, тривалу бездіяльність та неможливість прогнозувати подальше життя, у них часто виникають значні психічні розлади. Зазвичай вони виявляються в афективних реакціях, що утруднює адекватне проведення лікування та реабілітації цих пацієнтів.

Спілкування пацієнтів травматологічного відділення з близькими переважно зумовлене можливістю отримання ними вторинної вигоди, та водночас може набувати ознак інфантильності, агресивності чи пригнічення. Окрім того, тривале перебування в одному приміщенні із сторонніми (і часто неприємними для них) людьми лише посилює маніфестацію психопатологічних симптомів. Зважаючи на це, робота лікаря повинна бути скерована також на налагодження стосунків між пацієнтами та з родичами. А також корисними виявляються індивідуальні бесіди, скеровані на усвідомлення пацієнтом минулості його стану обмеженої активності, а також на оптимізацію загального психологічного стану пацієнта, яка сприятиме його швидшому одужанню та поверненню працездатності.

Оскільки деонтологічний "клімат" не лише впливає на емоційний стан, фізіологічний тонус хворого, а й відбивається на результатах лікування, в обов'язки лікаря у хірургічному відділенні також входить налагодження оптимальних стосунків між працівниками. Виявлення недружніх стосунків, інших елементів суб'єктивного ставлення одне до одного не повинні впливати на якість роботи хірургічної бригади.

Особливості роботи лікаря у клініці онкології ґрунтуються на необхідності добитися беззаперечної довіри хворого до лікаря та запропонованих ним методів лікування. Зважаючи на нез'ясованість етіології злоякісних новоутворень, багато онкологічних хворих, відчуваючи страх перед смертельною хворобою, важким і болючим

лікуванням, сумнівними перспективами, намагаються знайти допомогу за межами лікувальних закладів. Тому чи не першим завданням лікаря у клініці онкології є намагання допомогти пацієнтові повірити в офіційну медицину і позбутися міфічних уявлень про "чудодійні" одужання, а також спростувати думку про невиліковність злоякісних новоутворень.

У кожного онкологічного пацієнта після встановлення діагнозу формуються значні патопсихологічні негативно забарвлені симптоми: депресія (часто з суїцидальними тенденціями), агресія та аутоагресія, пригніченість, зневіра, страх смерті та інше. Онкологи часто спостерігають важкі емоційні реакції на захворювання злоякісними новоутвореннями, психологічно пов'язаними з уявленнями про невиліковність цих хвороб. Одні хворі більше схильні до переляку, паніки і пропозиції госпіталізації впадають у депресивний стан. Інші хворі - приховують свої переживання від сторонніх, що зазвичай призводить до важких форм депресії, яка лише ускладнює лікування пацієнта.

Період перебування хворих у стаціонарі пов'язаний із значним пригніченням пацієнта. Хворі гостро реагують як на власний стан здоров'я, так і на стан і долю сусідів по палаті. Тому дуже важливо допомогти медичному персоналу стаціонару створити сприятливу деонтологічну ситуацію, щоб пацієнти, спостерігаючи за злагодженою, чіткою і самовідданою роботою медичних працівників, а також відчуваючи їх підтримку і віру в одужання, могли й самі стати більш упевненими в успішному результаті лікування.

Важливо пам'ятати, що реакції страху і гніву - прояви самої хвороби, тому доцільне застосування седативних препаратів та індивідуальної і особливо групової психотерапії. Лікування онкологічного хворого передбачає надання психотерапевтичної допомоги не лише йому, а і його близьким. Вітчизняна деонтологія передбачає оголошення точного діагнозу, його можливих ускладнень та прогнозу щодо тривалості життя не пацієнтові, а його близьким. Західна практика намагається повідомляти пацієнтові усю необхідну інформацію щодо його хвороби. Обидва варіанти мають свої переваги і недоліки. При першому - пацієнт має менше підстав до зневіри та відчаю, його психологічний стан може істотно підтримати його протягом періоду лікування. Другий - спонукає пацієнта до активної боротьби за власне життя, що мобілізує захисні функції організму і

теж сприяє полегшенню його самопочуття, а водночас дає змогу пацієнтові обдумати можливий варіант завершення життєвого шляху, підготуватися до смерті, завершити важливі та значущі справи, звернутися до Бога. У цьому випадку пацієнти часто набувають додаткових сил для боротьби з хворобою.

Працюючи у клініці хірургії, травматології чи онкології, лікар не повинен забувати й про професійну деформацію лікарів хірургічного профілю. За надмірною впевненістю, категоричністю, негнучкістю, цинізмом зазвичай лікарі приховують свою втому, викликану значними фізичними, емоційними та інтелектуальними навантаженнями, зневіру у власних силах, песимізм, пов'язаний з високим рівнем смертності (в онкології) чи інвалідизації своїх пацієнтів. Соціальні чинники, пов'язані з незадовільними умовами роботи, браком необхідного устаткування, низькою фаховою підготовкою та формальним виконанням службових обов'язків медичними сестрами, вкрай низька заробітна платня (що змушує багатьох лікарів почувати себе приниженими і брати хабарі), відсутність соціальних гарантій, низький соціальний статус порівняно з західними колегами - теж призводять до формування депресивних симптомів, які лікарі часто намагаються подолати за допомогою психоактивних препаратів, у першу чергу алкоголю. Усе перелічене окреслює поле діяльності лікаря у клініці хірургії досить широко. Та за умови не лише успішної роботи з пацієнтами, а й створення сприятливого соціально-психологічного клімату у відділенні, лікар зможе й сам уникнути професійної деформації.

Деонтологічні правила дуже важливі в акушерсько-гінекологічній практиці і мають певні особливості, зумовлені тим, що у своїй роботі лікарі вимушено торкаються інтимного життя своїх пацієнток, а отже, перед ними часто постає складна морально-етична проблема втручання у життя пацієнток з метою усунення причини захворювання чи полегшення його перебігу. Це пов'язано із ситуаціями, коли жінкам надають лікувально-профілактичну допомогу у зв'язку з вагітністю, пологами, а також при лікуванні гінекологічних захворювань. У зв'язку з цим завдання акушера-гінеколога не обмежуються обранням адекватних методів і засобів, скерованих на зміцнення здоров'я і лікування жінок, а й вимагає справляння на них певного психологічного впливу і встановлення довірчих взаємин.

Особливості роботи лікаря у пологових будинках полягають перш за все у

розумінні психоемоційних змін, обумовлених вагітністю. Якщо при неускладненому перебігу вагітності зміни у психічному статусі (емоційна лабільність, заглиблення у свої почуття і думки, відчуття незахищеності, дратівливість) дуже помітні, то за наявності коморбідних психічних захворювань до цих змін додається ще і певна симптоматика. Лікар повинен своєчасно приділити увагу такій вагітній і призначити оптимальну корегуючу терапію.

У акушера-гінеколога постійна відповідальність за "два життя в одному" сприяє появі певних змін у взаєминах "лікар - пацієнт", які виявляються у надмірній опіці вагітними та у прийнятті на себе вирішення за них багатьох проблем. Також лікарі повинні пам'ятати, що вагітні віддзеркалюють їхній настрій, бо ставляться до них, як до дуже вагомої значущої особи (рідного "батька" чи "матері). Регресуючи, вагітні як маленькі діти починають переносити емоції лікаря на себе, вважаючи що ці емоції саме до них адресовані. Лікарі у співпраці з персоналом повинні зауважувати ці моменти, адже особистісні переживання не повинні переноситись на пацієнтів.

Враховуючи певну аутичність вагітних, особливо у третьому триместрі вагітності, психотерапію з ними проводити важко. Підхід можна знайти за допомогою проєктивних методик, арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, проводячи відкриті психотерапевтичні групи. Пацієнток слід добирати дуже уважно. Надмірно тривожних вагітних або з вираженим психотичним станом не слід залучати в групу, тому що вони можуть її дезорганізувати. Робота з такими пацієнтками повинна проводитись індивідуально та за необхідності у поєднуванні з медикаментозною терапією.

Особливості роботи лікаря у гінекологічному відділенні. Лікаря слід приділяти особливу увагу самосприйманню та самооцінці пацієнток, адже саме ці характеристики особистості найуразливіші, у першу чергу на момент усвідомлення жінкою діагнозу та осмислення ймовірних причин і наслідків захворювання. Знання про цю кореляцію допоможуть лікарям-гінекологам м'яко і делікатно повідомляти діагнози і пояснювати особливості перебігу хвороби та -особливо - прогнози щодо наслідків і ускладнень хвороби.

Як у пацієнток гінекологічного відділення, так і у вагітних жінок значно загострена потреба бути необхідною (чоловікову, рідним, близьким і навіть лікареві). Якщо жінка

відчуває, що необхідна своєму лікареві, на якого вона проектує свою жіночність і успішність на даний момент, це допомагає їй розкритися та сприяє ефективному лікуванню гінекологічної хвороби або неускладненому перебігу вагітності. Це пояснюється таким фізіологічним механізмом: при відчутті комфорту і довіри у людини починають вироблятися нейромедіатори (серотонін, дофамін), які опосередковано впливають на рівень окситоцину. Окситоцин, у свою чергу, посилює відчуття комфорту і захищеності, а у пологах сприяє нормальній пологовій активності, за принципом зворотного зв'язку виробляються серотонін і дофамін, знижується тривожність і депресивні прояви.

Тож професійна чуйність лікарів акушер-гінекологів призведе до підвищення якості лікування жінок з гінекологічними хворобами, полегшить перебіг вагітності, а отже - сприятиме збільшенню народжуваності і зменшенню ускладнень, пов'язаних із вагітністю і пологами.

Особливості роботи лікаря у клініці педіатрії

Саме у клініці педіатрії лікар - педіатр повинен досягти повного прийняття та добитися повної довіри дитини. Після встановлення психологічного контакт він повинен допомогти подолати страх і тривожність як самій дитині, так і її батькам.

Діти по-різному ставляться до хвороби і до перебування в лікарні. Досить часто суттєвого значення набуває не сама хвороба й викликане нею об'єктивне навантаження, а саме почуття і уявлення, зумовлені нею. У дітей до 6-річного віку досить часто спостерігаються фантастичні уявлення, навіяні переживанням страху. Найчастіше це спостерігають у дітей, яких лякали лікарем, уколами, або карали та лупцювали батьки. Такі діти сприймають хворобу як наслідок провини, а лікування - як покарання. Варто пам'ятати, що майже всі діти набагато краще сприймають уколи в руку, ніж у сідницю, оскільки остання нагадує їм про покарання та побої. Значно чутливіші діти і до всіх маніпуляцій, пов'язаних з прямою кишкою (операції, клізми, вимірювання температури).

Захворювання дитини - хвороба всієї родини. Саме тому можуть виникнути певні складнощі у зборі анамнезу. Поведінка батьків хворої дитини залежить від їх ставлення до неї, досвіду, набутого під час хвороби у інших дітей, у родичів. Найчастішою є реакція занепокоєння, стурбованість, страх. Це може стати проблемою, якщо батьки неправдиво

інформують лікаря. На поведінку батьків також впливають попередні переживання (наприклад, смерть однієї дитини). У таких випадках лікарі досить часто зустрічаються з появою т. зв. "індукованого діагнозу". У поведінці батьків може спостерігатися й інша крайність, коли вони взагалі не звертають уваги на хворобу дитини. Причиною такої поведінки може стати повне заперечення хвороби дитини.

Працюючи з дітьми, треба завжди пам'ятати про зв'язок, що існує між матір'ю і дитиною. Дитина, особливо маленька, постійно живе в сучасному. Саме тому серйозною проблемою стає відрив від матері дитини до 5-річного, а ще більше - до 3-річного віку. Відрив дитини від матері, незнайоме середовище, почуття, що її покинули, може спричинити як нестійкі, так і стійкі травми. У таких випадках йдеться про госпіталізацію. Під час госпіталізації дитина може плакати, кричати, відмовляється відпустити матір або зло протестує проти всього і всіх. Фахівці описали три стадії гострого потрясіння під час госпіталізації. Перша - протест, який продовжується від кількох годин до кількох тижнів. Дитина голосно плаче, занепокоєна, шукає матір, не хоче ні з ким говорити. Другий етап: відчай. Дитина монотонно,- постійно або періодично плаче, кличе матір. Вона може замкнутися в собі. Іноді виникає депресивний стан. У третій стадії відбувається відділення, "відрив" від матері, який розглядають як заспокоєння. Дитина не відвертається від медсестри, грається з нею, часом байдуже зустрічає матір, не плаче. Однак після перебування в лікарні можуть виявитися стійкі наслідки психотравми: розлади сну, нічні страхи, тики, іпохондричні страхи, нічне нетримання сечі, калу, страх смерті, затримка розвитку або інші порушення, наприклад, впертість або заїкання, що виникли після операції. Іноді спостерігаються більш серйозні розлади поведінки і неврози.

Дитина не є дорослою людиною в мініатюрі. І якщо ми в повсякденному житті вимагаємо професійного підходу до всіх, хто пов'язаний з дітьми, займається ними, то ще в більшій мірі це відноситься до дитячого лікаря і медичних сестер, що працюють з дітьми. Спеціальних вузькопрофесійних знань часто не вистачає, особливо коли доводиться шукати рішення проблем в особливих умовах (наприклад, при психічних розладах у дітей). Хвора дитина більш піддатлива до різноманітних шкідливих впливів, ніж здорова. Це пов'язано з тим, що фізичне і психічне навантаження знижує здатність організму до захисту, до опору, робить дитину дуже чутливою. Вже тут треба особливо

підкреслити важливість профілактичної діяльності, спрямованої на запобігання шкідливих впливів.

Психічні фактори мають дуже велике значення при соматичних захворюваннях. Хвороба вражає дитину не тільки фізично, вона завдає шкоди всьому духовному світу дитини. Фізичний і психічний фактор утворюють неподільну органічну єдність.

Особливості роботи лікаря у клініці терапії

Взаємозалежність і взаємовплив соматичних та психічних розладів потребує від терапевта у клініці виявити особливу наполегливість у пошуках відповіді на питання про походження захворювання. Адже коли з'ясовано причину його виникнення, зазвичай лікування дає швидкий позитивний ефект, а без особистісного підходу, без врахування особливостей психічної організації пацієнта розраховувати на високоякісну діагностику під час соматичних захворювань не доводиться. Можливість застосування психокорекційних та психотерапевтичних методик може не лише позбавити пацієнта соматичних симптомів, а головне - вирішити за давніми психологічними проблемами та отримати можливість відкрити для себе нові можливості у соціальному, професійному та особистісному житті.

Окрім того, у терапевтичній практиці лікар повинен виявити значущі для встановлення діагнозу факти з життя пацієнта, які він свідомо або несвідомо приховав від лікаря, пояснити сутність його хвороби та методів діагностики й лікування, підготувати пацієнта до проведення інструментальних досліджень, заспокоїти його, зняти тривожність, здійснити загальнолікарську психотерапію, що знімає у хворого зайву напругу, вселяє в нього надію на благополучне лікування.

Особливості роботи лікаря у клініці дерматології

У зв'язку з тим, що на даний час виникла диспропорція між рівнем соматичного обстеження дерматологічного хворого і повнотою обстеження його особистості, духовного світу, відбувся розрив між лікувальним впливом на соматичну і психіку. Це значно погіршує прогноз багатьох дерматозів, особливо тих, морфологічні прояви хвороби яких незначні чи зовсім відсутні, а суб'єктивні відчуття викликають тривалі і болісні страждання. Адже будь-який хронічний дерматоз може істотно змінити особистість хворої людини. Окрім того, слід пам'ятати, що фізичні і моральні

страждання, яких завдають хворим хронічні дерматози, створюють патологічний ґрунт для формування невротичних станів. Цим можна пояснити формування у значної частини дерматологічних пацієнтів гіпостенічної форми неврастенії, що виявляється різким зниженням працездатності, активної і пасивної уваги, статевої потенції, уповільнення психічних процесів, головними болями, пригніченим настроєм та ін.

Зважаючи на значну залежність між психічними розладами та шкірними захворюваннями, лікар повинен з кожним пацієнтом провести бесіду і пояснити йому ці взаємовпливи та призначити і скерувати до психотерапевта, а при можливості - провести адекватну психотерапію та психологічну реабілітацію.

7. Психологічні аспекти лікувальної діяльності

Сучасний комплексний підхід до лікування хворої людини повинен поєднувати три основні види терапевтичної діяльності: біологічний, психологічний та соціальний. Зважаючи на усе викладене у попередніх роз а саме - взаємовплив психіки та сом, зрозуміло, що кожна хвороба дезорганізує психічну рівновагу та обмежує соціальне функціонування особистості. Особливо важливо пам'ятати про це, працюючи з пацієнтами, які страждають від хронічних соматичних хвороб. Описавши у загальних рисах особливості роботи лікарів загального профілю у відділеннях хірургії, терапії, педіатрії, акушерства і гінекології, узагальнимо ті основні психологічні аспекти, які впливають на фахову лікарську діяльність.

Сьогодні вчені намагаються визначити новий комплекс критеріїв оцінки ефективності лікарської діяльності. На їх думку, адекватним для комплексної оцінки ефективності лікування вважають підхід, що враховує усі три площини розглядання терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну та соціальну, а не обмежується традиційними лікарськими симптоматичними критеріями: одужання, покращання, стабільний стан, погіршення. Оскільки процес лікування представляє собою діяльність у системі "людина - людина", оцінюючи його неможливо не враховувати психологічні явища, притаманні як пацієнтові, так і лікареві. Загальновідомо, що лікар, який враховує психологічні особливості своїх пацієнтів, не лише користується їхньою прихильністю та отримує значний аванс довіри, а й має змогу глибше зрозуміти сутність перебігу

патологічного процесу та ймовірні причини його виникнення, а це полегшує і уточнює діагностування хвороби та робить терапію ефективнішою. В ідеалі взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом повинне формуватися природно, але зважаючи на особистісні індивідуальні відмінності між ними (як і між будь-якими людьми), лікар повинен докладати певних зусиль, щоб налагодити ці стосунки і досягти порозуміння, яке сприятиме швидшому одужанню пацієнта та допоможе йому легше пристосуватися до істотних змін і обмежень в особистому, професійному та соціальному житті, пов'язаних із хворобою.

Невміння та небажання багатьох лікарів та інших медичних працівників ефективно вибудовувати взаємини з хворими, їхніми родичами та своїми колегами, призводить до формалізації професійної взаємодії та погіршення ефективності лікування.

Якщо йдеться про моральний зміст фахової діяльності лікаря, варто пам'ятати про необхідність дотримання спільних для усіх медичних працівників вимог, які до них висуває сама професія.

Найважливішою є загальна і професійна культура - високий рівень загальної культури та культури лікарської діяльності, організованість в роботі, любов до порядку, акуратність та охайність, тобто риси, на які вказував ще Гіппократ. Вимоги до дотримання загальнокультурних вимог зрозумілі - вони повинні бути притаманні кожній освіченій людині: тактовність, уважність, толерантність, поступливість у непринципових питаннях, доброзичливість. Тому часто лікареві доводиться у своїй діяльності застосовувати прийоми акторської гри. Як актор, який виходить на сцену, повинен забути про конфлікти з колегами, власні життєві проблеми і перетілитися в іншу людину, так і лікар, приходячи на роботу, повинен залишити за порогом клініки все особистісне, що може негативно впливати на його фахову діяльність. Хороший лікар, у значній мірі - хороший актор. При цьому зміни відбуваються не лише у зовнішній проявах особистості, а у зміні самої особистості. Йдеться не про "прикидання" хорошим лікарем, а про уміння в роботі виявити лише ті свої позитивні особистісні якості, притаманні кожній людині, які сприятимуть її оптимізації. Виявляючи на роботі лише ті особистісні і професійні якості, які очікують знайти у лікаря його пацієнти, лікар не обманює їх і не створює неправдивого образу "хорошого" лікаря - він просто на

високому фаховому рівні пред'являє своїм пацієнтам лише те, що стосується його ефективної діяльності і сприяє лікувальному процесу. Навички такої поведінки вимагають постійних зусиль та згодом стають майже рефлекторними. Звісно, лікар, на відміну від актора, грає роль не одну-дві години, а протягом усього дня, тому подібна поведінка неможлива за умови необхідності прикидання особистістю, яка не має нічого спільного з власною особистістю лікаря. Та зазвичай діяльністю, скерованою на допомогу іншим людям, займаються саме ті люди, особистісні якості яких майже повністю відповідають необхідним, а вміння опанувати прояви своїх емоцій та скорегувати поведінку виробляється у процесі роботи.

Говорячи про необхідність лікаря завжди намагатися поставати перед своїми пацієнтами та колегами лише в оптимальному для роботи вигляді, не можна забувати про те, що лікар (яким би досвідченим він не був) не завжди може опанувати свої емоції. Психологічні та емоційні проблеми, хвороби, втрати лікаря такі ж, як і кожної людини. І кожен пацієнт розуміє, що лікар, який, скажімо, нещодавно поховав дружину, не може, та й не зобов'язаний жартувати чи веселитися. Адекватна поведінка лікаря сприймається їх пацієнтами як належна, але лише за умови, що вони знають, чому колись веселий і жартівливий лікар сьогодні виглядає засмученим і заглибленим у себе. Пацієнти ще більше відчують позитивне ставлення до лікаря - його горе, переживання і те, що він ділиться цим з пацієнтами, справляє на них значний психотерапевтичний вплив - лікар така ж людина, як і всі, а отже - спроможний зрозуміти їхні проблеми і біль. Окрім того, таке сприймання лікаря як "свого" сприяє тіснішій і більш інтимній взаємодії з пацієнтами, а це теж чинить значний позитивний вплив на ефективність лікування. Зрозуміло, що виказувати свої внутрішні переживання варто лише у деяких випадках - коли йдеться про щось справді важливе і значуще для лікаря. Якщо особистісні проблеми лікаря, вирішувані і минуці, або не визначальні для його подальшого життя - стануть у пригоді навичкам управління емоціями і поведінкою.

Контролюючи прояви своїх почуттів, думок, переживань, лікар повинен вміти контролювати їх відображення на зовнішньому вигляді, поведінці і мовленні. Пацієнти "зчитують" інформацію про психологічний стан лікаря саме із невербальних сигналів - постави, жестів, міміки. Досвідчений лікар знає, що кожен його рух, кожен жест, а

особливо - кожен вираз обличчя, пацієнт трактує стосовно свого стану здоров'я, прогнозу хвороби та перспектив на одужання. Надмірна рухливість, балакучість, метушливість, неакуратність можуть викликати у пацієнтів неприйняття лікаря як стриманої, впевненої у собі людини, спроможної сконцентруватися для встановлення діагнозу та призначення лікування, а у разі потреби в екстремальній ситуації швидко, точно і вправно надати невідкладну допомогу. Млявість, повільність у рухах, скупість у словах в уяві пацієнтів створюють образ неповороткого та невірного лікаря, який не встигне не лише врятувати пацієнта в разі виникнення загрози для його життя, а навіть не спроможний вчасно встановити діагноз і призначити лікування. Тому для лікаря бажано вміти створити у пацієнтів відчуття цілковитої впевненості у собі, виваженості у діях і адекватності у реагуванні. Часто у зв'язку з цим можуть виникати певні труднощі, адже не всі лікарі - сангвініки за темпераментом, тому для створення враження водночас стриманої і спритної людини лікарям теж доводиться демонструвати швидкість психічних реакцій, яка не відповідає їхнім фізіологічним показникам.

Оскільки на формування професійно важливих якостей особистості істотно впливають нейродинамічні процеси, зрозуміло, що найбільш прийнятною для лікарської діяльності є емоційна стійкість, яка корелює із успішністю фахової діяльності. Здатність зберігати на належному рівні основні фахові уміння і навички та комунікативні здібності за умови істотного впливу зовнішніх факторів та емоційних впливів дає змогу лікареві у повному обсязі надавати фахову допомогу. Звичайно, і серед лікарів зустрічаються особистості з вираженою слабкістю нервових процесів, яка породжує підвищену тривожність, емоційну нестійкість, знижену активність у діяльності, зниження самооцінки тощо; або ж із підвищеною силою нервових процесів, що призводить до негнучкості у прийнятті рішень та поведінці, завищених вимогах до оточення, завищення самооцінки.

Гуманізм, усвідомлення обов'язку, витримка і самовладання у стосунках з хворими, совісність завжди вважали головними характеристиками лікаря. У стосунках лікаря і пацієнта не остання роль належить умінню лікаря зберігати лікарську таємницю (тобто конфіденційність). Вона зазвичай містить три види даних: про хворобу, про інтимне та сімейне життя хворого. Лікареві повідомляють ці дані " людині, від якої розраховують отримати допомогу ". Тому лікар не може на власний розсуд розпоряджатися відомою

йому інформацією. Вимогу про нерозголошення лікарської таємниці знімають лише тоді, коли цього вимагають інтереси суспільства (скажімо, при загрозі поширення небезпечних інфекцій), а також при запиті судово-слідчих органів.

Лише за умови наявності достатньо виражених перелічених якостей особистості можна вважати, що у неї є основні передумови успішного оволодіння медичним фахом. Не випадково відомий письменник і лікар В. В. Вересаєв писав, що навчитися лікарського мистецтва неможливо, так само як і мистецтва сценічного або поезії. Можна бути хорошим медиком-теоретиком, але у практичному відношенні з хворими бути на недостатньому фаховому рівні. Лише знання психологічних особливостей особистості та їх урахування в процесі лікування дають змогу говорити про лікування хворої людини як особистості, а не про подолання морфофункціональних змін у певному органі чи системі людини.

Питання для контролю та самоконтролю:

1. У чому полягають особистісні особливості людини, які свідчать про її ймовірну придатність до медичної діяльності?
2. На підставі чого пацієнти складають образ "ідеального лікаря"? У чому полягають переваги і недоліки такого образу?
3. Основні поняття медичної деонтології.
4. Фактори, що призводять до професійної деформації лікаря.
5. Поняття та причини виникнення хронічної втоми та емоційного вигорання лікаря.
6. Стадії емоційного вигорання лікаря.
7. Особливості поведінки лікаря при роботі з пацієнтами з різними захворюваннями.
8. Основні види терапевтичної діяльності сучасного комплексного підходу до лікування хворої людини.

Список використаної та рекомендованої літератури

1. Андреева Г.Н. Социальная психология. – М.: Аспект Прес, 2000. – 376 с.

2. Бандурка А.М., Бочарова С.П., Землянская Е.В. Психология управления. – Х.: Фортуна – пресс, 1998. – 664 с.
3. Бородін Ф.М., Коряка Н.М. Внимание: конфликт. – Новосибирск, 1989. – 178 с.
4. Друкер Питер Ф. Энциклопедия менеджмента [Текст] / Ф. Питер Друкер [пер. с англ.]. – М.: ООО “И.Д. Вильямс”, 2006. – 432 с.
5. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
6. Карпов А.В. Психология менеджмента. Учеб. пособие. – М.: Гардарики. – 1999. – 584 с.
7. Омелянович О. Тенденції розвитку організаційних структур управління [Текст] / О. Омелянович, В. Косенко // Економіка і управління: 3б. наук. праць КУЕТТ. – 2006. – Вип. 8. – С. 273 – 277.
8. Петюх В.М. Управління персоналом. – К.: КНЕУ, 2000. – 124 с.
9. Скибицька Л.І. Конфліктологія. – К., 1999. – 123 с.
10. Управління трудовим потенціалом. Наукове видання / В.С. Пономаренко, В.М. Гриньова, М.М. Салун та ін. – Харків: Вид. ХНЕУ, 2006. – 348 с.