

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

**Морально – етичні та психологічні аспекти
медичної діяльності
лікарів загальної практики**

Автори: проф. Рогач І. М.
доц. Качала Л. О.
доц. Погоріляк Р. Ю.

Ужгород - 2010

УДК

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;
- Качала Лариса Олександрівна, кандидат медичних наук, доцент;
- Погоріляк Рената Юріївна, кандидат медичних наук, доцент.

Рекомендовано до друку Вченою радою факультету післядипломної освіти УжНУ, протокол № від

Рецензенти:

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

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

Зміст

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

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 неможливості 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 переконані, 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, несправедного 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 ризики, 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 вигоряння) 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 змалюваного 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.

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, симпатію до пацієнта, вміння приймати його навіть тоді, коли не схвалюєш його вчинків, готовність підтримувати його.

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, уміння 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 - уміння 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, фтизіатрів, 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 унеможливорює, 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. Спілкування у процесі ефективної лікарської діяльності

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 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 ustalених норм і правил, що уможливають 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 смислового 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 підвестися 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 неуважність 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 визначити 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 безглуздим 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

управління процесами самооблізації, 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 в афіліації 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 витрачання значного внутрішнього ресурсу не на подолання хвороби, а на відстоювання власної психологічної цілісності.

Спілкування лікаря з пацієнтом повинне мати **активний зворотний зв'язок**,

послугувати 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 приятних 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 загально соціального 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 вміння 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 уміння 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 монолозі, 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 ефективною лікувальною взаємодією.

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 настрої 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 підозрливість 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 загальноновизнаних 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 передусь 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 та 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 вигоряння 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.

5. 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.

6. Синдром емоційного вигорання у лікарів

Внаслідок тривалого впливу професійних стресів різної інтенсивності може виникати **синдром емоційного вигорання (згорання)**. 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. Freudenberger, 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. Maslach 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 вигоряння 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 - вигоряння 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 вигоряння 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 вигоряння. Тобто, лікар "вигоряє" професійно, знищуючи себе емоційно.

Існує тісна взаємодія між професійним "вигорянням" 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 вигоряння 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.

7. Психологічні аспекти роботи лікарів різних спеціальностей

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 відчуючи 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 почуваючи 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 поєднанні з медикаментозною терапією.

Особливості роботи лікаря у гінекологічному відділенні. Лікаря слід приділяти особливу увагу самосприймання та самооцінці пацієнток, адже саме ці характеристики особистості найуразливіші, у першу чергу на момент усвідомлення жінкою діагнозу та осмислення ймовірних причин і наслідків захо-

рювання. 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 госпіталізм. 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 давні психологічні проблеми 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 загально лікарську 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.

8. 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 розділах,

а саме - взаємовплив психіки та соми, 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 та медичних психологів 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 перевтілитися 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 ефективною діяльності і сприяє лікувальному процесу. Навички такої поведінки вимагають постійних зусиль та згодом стають майже рефлексними. 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 діяльність, скеровану 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, вирішені і минулі, 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 неврального 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 умов 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. Поняття та причини виникнення хронічної втоми та емоційного вигорання лікаря.
5. Особливості поведінки лікаря при роботі з пацієнтами з різними захворюваннями.