

# Проблеми екології та медицини

Том 25 N 3-4 2021

---

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 1997 році

---

Виходить 1 раз на 2 місяці

---

## Зміст

### КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З АБУЗУСНИМ ГОЛОВНИМ БОЛЕМ В ПОЄДНАНІ З ХРОНІЧНИМ ГОЛОВНИМ БОЛЕМ НАПРУГИ

*Дельва М.Ю., Дельва І.І., Пінчук В.А., Силенко Г.Я., Кривчун А.М.*..... 3

ЗАСТОСУВАННЯ А-ГЛІЦЕРИЛФОСФОРИЛХОЛІНУ В СХЕМІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДЛЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ПІВКУЛЬОВОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

*Пушко О.О., Литвиненко Н.В.*..... 8

ПЕРЕБІГ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 УСКЛАДНЕНОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

*Трибрат Т.А., Казаков Ю.М., Гончарова О.О., Шуть С.В. Сакевич В.Д.*..... 14

### СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

НАВИЧКИ КЛІНІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

*Ждан В.М., Шилкіна Л.М., Бєляєва О.М.*,..... 18

THE EFFECTIVENESS OF AN ACTIVITY-BASED APPROACH TO TEACHING THE PAST TENSE IN MEDICAL ENGLISH FOR PROFESSIONAL PURPOSES

*Lysanets Yu.V., Bieliaieva O.M., Znamenska I.V., Morokhovets H.Yu., Rozhenko I.V.*..... 24

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

ГІСТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІМФОЇДНИХ УТВОРЕНЬ ШЛУНКА І ТОНКОЇ КИШКИ У КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ПРОФІЛІ БАБЕЗІОЗУ

*Торяник І.І.*..... 28

## СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

© Ждан В.М., Шилкіна Л.М., Беляєва О.М.

УДК 378:614.252

DOI <https://doi.org/10.31718/mep.2021.25.3-4.04>

### НАВИЧКИ КЛІНІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

Ждан В.М., Шилкіна Л.М., Беляєва О.М.,

Полтавський державний медичний університет, Україна

*The article considers some aspects of clinical communication between a doctor and a patient. The doctor's profession inherently faces an indispensable requirement to possess a high level of communicative competence, because whatever the development of medical science and technology, the real help to patients is provided by a doctor. In this regard, various aspects of communication between doctors and patients are constantly in the focus of interest in natural and humanitarian spheres of research, as evidenced by numerous scientific studies of domestic and foreign scientists. The research is interdisciplinary and covers a range of issues related to medical psychology and medical pedagogy, medical ethics and deontology, sociology and sociolinguistics. The authors emphasize that in a patient-centered approach, the skills of clinical communication belong to basic clinical abilities, which minimize factors that can negatively affect the doctor's success, promoting patient satisfaction with medical care and improving their psycho-emotional state, patient compliance, increasing the effectiveness of diagnosis, treatment, disease prevention, and palliative care. It is observed that the skills of clinical communication are complex and are manifested by the ability to choose appropriate tactics of communication with patients and their relatives, to create a trusting atmosphere and a comfortable psychological environment for the patient; possession of nonverbal and paraverbal components of communication; the ability to conduct educational work with the patient to maintain a healthy lifestyle and give up bad habits; the ability to maintain and encourage patient's autonomy, prove information about possible complications; persuade the patient to comply; the ability to avoid conflicts or act adequately in a conflict situation with patients. The conclusions state that the skills of clinical communication should be formed from the first steps at a medical university, consolidating them during the entire period of study at the undergraduate and postgraduate stages, as well as refining them in the future through non-formal and informal education.*

**Key words:** clinical communication, patient-centered approach, anamnesis, professional success, medical care, non-compliance, compliance, ABIM questionnaire, Calgary-Cambridge model, facilitation.

*У статті розглянуто деякі аспекти клінічного спілкування лікаря з пацієнтом. Дослідження має міждисциплінарний характер й охоплює коло питань, пов'язаних із медичною психологією та медичною педагогікою, медичною етикою та деонтологією, соціологією, соціолінгвістикою. Автори наголошують, що в умовах пацієнт-центрованого підходу навички клінічного спілкування з лікарем належать до базових клінічних навичок, що мінімізують чинники, які можуть негативно впливати на успішність професійної діяльності лікаря, сприяють задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою та покращенню їхнього психоемоційного стану, комплаєнтності хворого, підвищують ефективність діагностики, лікування, профілактики хвороб, паліативної допомоги. Зазначається, що навички клінічного спілкування є комплексними й виявляються умінням обирати доцільні тактики спілкування з пацієнтами та їхніми родичами, створити довірливу атмосферу й комфортне психологічне середовище для хворого; володінням невербальними й паравербальними компонентами спілкування; умінням проводити виховну роботу з пацієнтом щодо дотримання здорового способу життя і відмови від шкідливих звичок; умінням підтримувати й заохочувати автономію пацієнта, доводити інформацію щодо можливих ускладнень; схилити пацієнта до комплаєнсу; умінням уникати конфліктів або адекватно діяти в умовах конфліктної ситуації з пацієнтами. У висновках зазначається, що навички клінічного спілкування необхідно формувати починаючи з перших кроків перебування в медичному університеті, закріплювати їх протягом усього періоду навчання на додипломному й післядипломному етапах, а також відшліфувати в подальшому в умовах неформальної та інформальної освіти.*

**Ключові слова:** клінічне спілкування, пацієнт-центрований підхід, анамнез, успішність професійної діяльності, медична допомога, нонкомплаєнс, комплаєнс, анкета ABIM, Калгарі-Кембриджська модель, фасилітація.

\*Цитування при атестації кадрів: Ждан В.М., Шилкіна Л.М., Беляєва О.М., Навички клінічного спілкування у професійній діяльності лікаря // Проблеми екології і медицини. – 2021. – Т. 25, № 3-4. – С. 18-23.

До лікаря, як і до будь-якого іншого представника професій, що згідно з класифікацією Є. Клімова, належить до професій типу «людина – людина» [5], висуваяться вимоги щодо наявності в нього високого рівня комунікативної компетентності, адже якого б розвитку не сягнула медична наука й техніка, реальну допомогу хворому надає саме медичний працівник, лікар зокрема. У зв'язку із цим різноманітні аспекти спілкування між лікарем та пацієнтом постійно перебувають у фокусі інтересів представників як природничої, так і гуманітарної галузей, про що свідчать численні наукові розвідки вітчизняних і зарубіжних дослідників [3; 4; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21].

Набувають актуальності ці питання також у зв'язку із загальносвітовими проблемами в галузі охорони здоров'я, як-от: міграційні процеси, демографічний зсув у вигляді зниження показників народжуваності, збільшення тривалості життя старших вікових груп і збільшення в структурі захворюваності так званих хвороб цивілізації (гіпертонічна хвороба, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, рак, алергічні хвороби) та інших хронічних захворювань у зв'язку зі старінням населення, стала тенденція до дефіциту висококваліфікованих лікарів і середнього медичного персоналу, регіональна диспропорція кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я медичними працівниками, нестача мотивації і зацікавленості в покращенні результатів власної діяльності [3; 15], бракує часу на прийом одного пацієнта, переважність лікарів унаслідок дисбалансу між кількістю пацієнтів і лікарів, розчарування в професії і професійне вигорання лікарів [12].

Потребу в більш глибокому й різноманітному розгляді навичок клінічного спілкування лікаря зумовлюють й інші фактори, а саме: значне зростання рівня поінформованості пацієнтів у зв'язку з практично необмеженим доступом до професійної медичної інформації, наявної в Інтернеті, пацієнт-центрований підхід, який призвів до кардинальної трансформації місця пацієнта в системі охорони здоров'я і визнання суб'єктності хворого, який нині розглядається як автономна й відповідальна особа, що бере безпосередню та активну участь у прийнятті рішень щодо власного здоров'я [12; 14; 15; 16].

Будь-яке спілкування лікаря (незалежно від його профілю і спеціалізації) з пацієнтом передбачає розв'язання таких основних питань: налагодження довірливих міжособистісних стосунків між лікарем і пацієнтом, обмін медичною інформацією – збирання анамнезу, роз'яснення діагнозу, повідомлення результатів обстежень, надання рекомендацій щодо лікування, обговорення прогнозів подальшого перебігу хвороби тощо [6]. При цьому ефективність клінічного спілкування між лікарем і пацієнтом відбувається як згідно з основними принципами успішної комунікації, так і відповідно до національних кодексів медичної етики та деонтології, основи яких були закладені ще за часів Гіппократа.

На думку багатьох дослідників, ефективна комунікація між лікарем і пацієнтом – це базова клінічна навичка [4; 12; 15; 17; 19].

Особливість клінічного спілкування між лікарем і пацієнтом – це унікальний зв'язок між людиною, ослабленою хворобою і медичним працівником із відповідними компетентностями. Цей зв'язок обумовлює комунікативну поведінку кожного учасника конкретно-

го комунікативного акту. Поки пацієнт очікує від лікаря дій, спрямованих на вирішення проблеми, з якою він звернувся, лікар несе сувору відповідальність за правильне діагностування хвороби й усвідомлення всіх пов'язаних із цим ризиків. Між лікарем і пацієнтом встановлюється обмін інформацією, який відбувається під час першої зустрічі, а згодом продовжується під час інших зустрічей та лікування. Цей зв'язок може породжувати як довіру, так і невпевненість в очікуваних результатах або навіть розпач [11, с. 151].

У контексті нашого дослідження заслуговують на увагу типи взаємовідносин у комунікативній парі «лікар ↔ пацієнт», що близько 30 років тому були описані американськими вченими Emanuel E. J. and Emanuel L. L., які виокремили чотири «ідеально-типові» (у термінології С. Фурньє та С. Керзане) моделі відносин між лікарем і пацієнтом – інформативну, інтерпретативну, консультативну або експертну, патерналістську [15].

Нинішній етап характеризується відходом від панівного протягом багатьох століть патерналістського підходу до спілкування лікаря з пацієнтом і переходом на пацієнт-центрований підхід, концептуальні засади якого співвіднесені зі сформульованим ще в Античності принципом: «Medice, cura aegrotum, sed non morbum – Лікарю, лікуй хворого, а не хворобу». За такого підходу створюється своєрідний альянс між рівноставними суб'єктами лікувального процесу. Варто наголосити, що за будь-якого підходу пацієнт сприймає лікаря як радника, людину, яка вислухає і дасть вичерпні відповіді на запитання щодо стану його здоров'я, виявить співчуття, надасть моральну підтримку, вселить надію, розвіє сумніви [11; 19].

Ще наприкінці 90-х років минулого століття американський дослідник Р. Ді Маттео зазначав, що понад 90% пацієнтів високо оцінюють можливість отримання інформації щодо потенційних ризиків і можливостей альтернативного лікування [14, с. 329]. Однак, пацієнти, наголошував автор, часто таку інформацію не отримують. Він же наводив дані, згідно з якими в середньому з 20 хвилин спілкування з пацієнтом, на отримання ним такої інформації лікар витрачав менше однієї хвилини. Ба більше – лікарі часто неохоче надають хворим потрібну інформацію і навіть перешкоджають її озвученню пацієнтами, або обмежують цю інформацію, що фактично ускладнює доступ до неї, а тому пацієнти позбавлені права досягнути бажаних цілей щодо власного здоров'я. Слід підкреслити, що наведені дані були отримані емпіричним шляхом – шляхом стандартизованого спостереження, а також на основі аудіо- й відеозаписів, що дало змогу зробити об'єктивно невідомі висновки, що спілкування між лікарем і пацієнтом іноді настільки погане, що половина пацієнтів виходить із кабінету лікаря не розуміючи, що їм було сказано і що вони повинні робити далі, адже лікарі часто вживають медичні терміни, незрозумілі пацієнтам, а пацієнти можуть бути настільки стурбовані станом свого здоров'я чи просто не мати навичок, необхідних для того, щоб правильно сформулювати свої питання до лікаря [14, с. 329]. На думку Р. Ді Маттео, погане спілкування підриває довіру американців до лікарів [14, с. 329], тому близько третини громадян США надають перевагу альтернативним методам лікування, звертаючись до лікарів-алопатів або паралельно з традиційним лікуванням застосовує алопатичні методи, при лікуванні хронічних недуг зокрема [14, с. 330].

Варто зупинитися на ще одному негативному й досить поширеному наслідкові поганого або неконструктивного спілкування лікаря з пацієнтом, що був окреслений Р. Ді Маттео – недотримання пацієнтом призначеного лікування, тобто, нонкомплаєнс, та, як наслідок, так звані лікувальні провали: «Відсутність достатнього пояснення, погане розуміння пацієнта лікарем і відсутність консенсусу між ними призводить до терапевтичних невдач. У середньому 40% пацієнтів США не дотримувалися рекомендацій, отриманих від своїх лікарів. ... Недотримання рекомендацій полягає в неправильному прийманні антибіотиків, забуванні прийняти гіпотензивні препарати ... [14, с. 329]». Значний відсоток пацієнтів також не був готовий відмовитися від шкідливих звичок і ведення здорового способу життя. А це, підкреслює Р. Ді Маттео, тягне за собою інші сумні наслідки – пацієнту стає гірше, лікарі намагаються змінити лікування, наприклад, збільшують дози препаратів і, відповідно, помиляються з діагнозом. Як результат, реємує автор, унаслідок неефективного спілкування і час, і гроші пацієнта витрачені марно [14, с. 329].

Подібну думку знаходимо й у С. Трушкіної, яка зазначає, що лікар, який не вміє продуктивно комунікувати з пацієнтами, не забезпечує формування комплаєнсу в пацієнта, адже не проявляє достатньої зацікавленості й причетності до вирішення проблем хворого, недостатньо пояснює користь і можливі побічні ефекти призначених лікарських засобів, не дає рекомендації щодо режиму дня та образу життя, не враховує реальні можливості пацієнта і його родичів (осіб, які за ним доглядають) дотримуватися призначеного режиму приймання ліків або матеріальної можливості купити той чи інший препарат [8].

Натомість успішне спілкування між лікарем і пацієнтом з великою долею вірогідності призведе до того, що пацієнти залишаться задоволені увагою з боку лікаря, будуть слідувати його рекомендаціям, дотримуватимуться плану лікування, що покращить психічний

стан хворого, сприятиме його психологічній адаптації особливо в разі поганого прогнозу.

Хороше спілкування між лікарем і пацієнтом має значний потенціал у плані полегшення розуміння ним медичної інформації, можливості визначення його реальних потреб з огляду на дані, отримані під час збирання анамнезу. Пацієнти, які задоволені спілкуванням зі своїм лікарем, більш охоче надають лікарю інформацію, потрібну для кращого діагностування [16].

Для лікаря конструктивне спілкування з пацієнтом також має низку переваг у вигляді зменшення кількості відвідувань пацієнта, що сприяє розвантаженості лікаря, отримання більшого задоволення від роботи, меншого стресу, пов'язаного з робочими моментами, урешті-решт, сприятиме меншому професійному вигоранню [16]. Відтак, слід погодитися з авторами, які вказують, що критеріями ефективності медичного консультування є задоволеність пацієнтів і лікарів процесом та результатом медичної допомоги, підвищення комплаєнсу й покращення клінічно значущих завершень лікування [10; 12; 16].

Варті уваги результати опитування іракських пацієнтів за анкетною, розробленою АВІМ (American Board Of Internal Medicine – Американська рада з внутрішньої медицини) – неурядовою організацією, що проводить сертифікацію лікарів-інтерністів. Згадана анкета містить 10 пунктів і є складовою модуля взаємної оцінки лікарів і пацієнтів, необхідного для отримання лікарського сертифікату. Ці питання можуть бути згруповані на дві групи: перша група питань (1–5) призначена для визначення задоволення пацієнтів аспектами власне міжособистісного спілкування з лікарем, як-от: емпатія, повага, конфіденційність, чесність у відношеннях між лікарем і пацієнтом. Друга група питань (6–10) – «контент-комунікація», спрямована на визначення рівня задоволеності пацієнтів технічним або власне медичним аспектом комунікації: пояснення лікувальних процедур, можливих побічних ефектів, ускладнень, методів діагностики, прогнозування перебігу хвороби etc. [10] Для наочності ми подаємо ці питання в таблиці.

Таблиця  
Анкета АВІМ

Міжособистісне спілкування		Контент-комунікація	
1	Лікар вам усе розповів і пояснив. Його пояснення були чіткими й зрозумілими, він не приховував від вас те, що ви повинні знати.	6	Лікар інформував вас щодо кожного огляду або медичної процедури, наперед роз'яснив необхідність проведення процедури й пояснив її очікувані результати.
2	Лікар був приязним. Він належним чином привітався з вами та звернувся до вас по імені.	7	Лікар обговорив з вами варіанти лікування та дозволив вам особисто вирішувати, що робити. Він уважно вивчив ваші ідеї, перш ніж дати вам професійну пораду щодо того, що робити далі.
3	Лікар поставився до вас люб'язно, а ви відчували себе як рівний йому. Він не принижував вас і не ставився до вас як до дитини.	8	Лікар порадив вам ставити всі питання, що вас цікавлять. Він не намагався ухилитися від ваших питань і не читав вам лекцію.
4	Лікар дав змогу вам розповісти про вашу проблему й уважно вислухав. Його питання були коректними та не відволікали вас.	9	Лікар пояснив, що вам необхідно знати про вашу хворобу, як і чому у вас виникло захворювання, а також що вам слід очікувати в подальшому.
5	Лікар виявив до вас неігноруваний інтерес як до особистості, не ігнорував нічого зі сказаного вами.	10	При поясненні вашого діагнозу лікар використовував зрозумілі вам слова щодо вашої проблеми й лікування, він пояснював фахові терміни простою мовою.

Ці навички оцінювалися за шкалою Лайкерта, згідно з якою респондентам було запропоновано оцінити питання за шкалою: «категорично не згоден», «швидше не згоден», «важко відповісти», «швидше згоден», «цілком згоден». Результати опитування пацієнтів засвідчили, що від 81,9% до 86,7% пацієнтів були задоволені результатами спілкування з лікарем за питаннями 1 – 5, натомість за питаннями 6 – 10

задоволеність пацієнтів результатами спілкування виявилася значно нижчою – цей показник варіював у межах від 53,3% до 75,2%. Цікавими є дані, отримані за такими параметрами як спеціальність – найвищий показник задоволеності пацієнтів був зафіксований щодо оцінки спілкуванням із лікарями акушерсько-гінекологічного (84 бали) і терапевтичного (82 бали) профілів, а найнижчий (77 балів) – хірургічного. За

гендерною ознакою: більш задоволеними були жінки (82 бали), тоді як у чоловіків цей показник становив 78 балів. Було також виявлено зростання показників задоволеності залежно від візиту і тривалості лікування – 80 і 88 балів відповідно, а також від стаціонарного й амбулаторного лікування – 85 і 78 балів відповідно, а також стажу лікаря – бал задоволеності зростає відповідно до тривалості перебування лікаря в професії – найнижчий отримали лікарі-початківці, а найвищий – фахівці зі стажем – 67 і 83 бали відповідно [10, с. 5-6].

Як наголошують цитовані науковці, отримані дані підтверджують тезу щодо високої кореляції між навичками клінічного спілкування лікаря і задоволеністю цим спілкуванням та високою оцінкою якості надання медичних послуг з боку пацієнтами [10].

Зарубіжні автори вважають, що на шляху до ефективного або конструктивного спілкування лікарів із пацієнтами існує низка бар'єрів, як-от: тривожність або страх пацієнта, переважаність лікарів, страх перед можливими судовими тяжбами з пацієнтами, страх перед фізичним або моральним приниженням, а також завищені й нереалістичні очікування пацієнта щодо можливостей сучасної медицини та лікаря [16, с. 39].

На думку інших авторів, комунікативні труднощі, які виникають у лікарів у процесі спілкування з пацієнтами зумовлені тим, що лікарі часто недостатньо володіють необхідним арсеналом комунікативних знань, умінь і навичок, не завжди готові до сучасного й ефективного використання різноманітних засобів комунікативного впливу на пацієнта [9].

Ми цілком поділяємо думку S. M. Kurtz, що навички клінічного спілкування – це набір набутих навичок або певних процедур, призначених для покращення результатів спілкування, а не індивідуальні риси особистості, хоча, безумовно, особистість лікаря впливає на ставлення до цих навичок і бажання їх набувати й удосконалювати [17, с. 24]. Дослідниця наголошує, що йдеться саме про набір конкретних і численних навичок клінічного спілкування, а не про якісь розмиті поняття покращення спілкування в цілому. При цьому слід постійно практикуватися та вдосконалювати ці навички, позаяк навіть будучи відточеними до професійного рівня, вони «атрофуються», якщо не працювати над ними [17, с. 24]. У зв'язку із цим формування, розвиток і вдосконалення навичок спілкування, яке є більш широким поняттям, ніж комунікація, оскільки комунікація разом із перцепцією та інтеракцією розглядається як складова спілкування [1].

Наразі в багатьох країнах світу лікарям пропонується так звана Калгарі-Кембриджська модель спілкування лікарів із пацієнтами, яка об'єднує 72 комунікативні навички. На основі цієї моделі А. Сонькіна виокремила 6 основних блоків: слухання, типи питань, структурування, дозування роз'яснень, реагування, емпатія [6]. Розглянемо їх детальніше.

**Слухання** – це комплексна навичка, яка об'єднує елементи невербальної (зовнішній вигляд, постава, рухи тіла, жестикуляція, міміка, зоровий контакт), паравербальної (темп мовлення, висота й гучність голосу, паузи, покашлювання) і вербальної фасилітації (вживання нейтральної лексики або так званий прийом відображення або «ехо» – повторення слів, сказаних пацієнтом). Слід пам'ятати, що з деякими фасилітативними репліками під час прийому лікар має бути дуже обережним, позаяк вимовлене ним на першій хвилині монологу пацієнта «зрозуміло», може

відштовхнути хворого, оскільки, на його думку, лікарю ще нічого не зрозуміло [6, с. 103]. Інша важлива навичка – вловлювання невербальних і паравербальних сигналів, які подає пацієнт, наприклад, якщо він щось не договорює або йому неприємно про це говорити, він буде затаїтися, ніяковіти, зпускати очі, втягувати голову тощо. У цих сигналах зазвичай прихована важлива інформація, необхідна лікарю для постановки діагнозу й подальших терапевтичних дій, тому лікар повинен вміти їх вловити та «розговорити» пацієнта. Це стосується, наприклад, питань, пов'язаних з інтимною сферою, сексуальним життям і які можуть бенджити хворого. Наприклад, зазвичай не дуже легко отримати правдиві відповіді на запитання, чи опитуваний хворів на хвороби, що передаються статевим шляхом, чи зловживає алкогольними напоями, чи вживає наркотики.

**Типи питань.** Лікарі часто ставлять пацієнтам питання закритого типу, які передбачають однослівну відповідь – «так» чи «ні». На думку А. Сонькіної, така прихильність лікарів до закритих питань може бути пояснена або сформованою навичкою отримати коротку відповідь на конкретні питання, необхідні для, наприклад, поверхневого діагностування органів хворого, або дефіцитом часу чи бажанням контролювати процес опитування і не отримувати від пацієнта «зайву» інформацію [6]. Між тим, у пацієнтів закритий стиль збирання анамнезу асоціюється з «ударами в темноті» або «допитом». У зв'язку із цим пацієнти закриваються і не надають необхідну інформацію. Тому більш вдалим і вартим уваги є відкритий стиль, за якого лікар запрошує пацієнта до вільної розповіді, що викликає у хворого прихильність і довіру до лікаря, який, у свою чергу, отримує більше важливої інформації за коротший проміжок часу [6, с. 104].

**Структурування.** Незважаючи на те, що більшість навичок, про які йшлося, спрямована на вибудовування відносин між лікарем і пацієнтом, лікар повинен за відведений на прийом одного пацієнта час забезпечити виконання інших діагностичних чи терапевтичних завдань. Тому важливо побудувати бесіду з пацієнтом таким чином, щоб він викладав основну проблему або основну скаргу, з якою прийшов до лікаря. При цьому, як зазначає А. Сонькіна, перша проблема, яку озвучує пацієнт, і може бути для нього не менш важливою, ніж інші. Інакше кажучи, порядок озвучування проблем пацієнтом на відображає їх значущість [6, с. 104].

**Дозування роз'яснень.** Однією з основних проблем, що озвучують пацієнти, – роз'яснення, перенесені складними, невідомими й незрозумілими пацієнту термінами. При цьому інформації може бути для пацієнта як забагато, так і замало, що безпосередньо впливає на усвідомлення цієї інформації, її запам'ятовування і виконання рекомендацій лікаря в подальшому [6]. Для того, щоб оволодіти цією навичкою, необхідно пам'ятати про принцип, який в англійській літературі відомий як «chunk and check» – «подрібною і перевіряй». Тобто, інформацію слід подавати невеликими дозами, після яких обов'язково необхідно свідомо робити паузу, яка уможливить включення пацієнта в діалог: під час паузи він зможе відреагувати на сказане вербально (пацієнт вставляє свої репліки), невербально (на його обличчі, наприклад, з'явилася зацікавленість) або паравербально (наприклад, він задумливо «хмикає»). Спостереження за реакціями пацієнта дасть змогу лікарю не лише спрямувати

роз'яснення в потрібне русло, а й не перевантажити хворого зайвою інформацією. Саме це перетворює монолог лікаря в діалог із пацієнтом [6, с. 105]. Ба більше, такий стиль роз'яснення дисциплінує лікаря значно більше, ніж традиційний монолог, адже після кожної репліки він повинен бути готовий відреагувати на пацієнта. Відтак лікар підбирає слова більш відповідально і гарантовано повідомить пацієнту не лише ту, інформацію, яку він хоче почути, а й ту, яку лікар повинен повідомити хворому [6, с. 105].

**Реагування.** Лікарі часто стикаються з проблемою вибудовування партнерських відносин із пацієнтами. Причин може бути декілька – рішення або реакції пацієнта, неприйнятні для лікаря, наприклад, незадоволення пацієнта умовами амбулаторного або стаціонарного лікування, відмова пацієнта від рекомендованого лікування або профілактики тощо [6, с. 105]. Щодо останнього, то в умовах пандемії Covid-19, це питання набуло надзвичайної актуальності у зв'язку з необхідністю вакцинації населення та формування колективного імунітету. Негативними проявами з боку пацієнта можуть бути також такі як вимога неадекватного або надмірного лікування, йдеться, наприклад, про пацієнтів, схильних до агравації свого стану чи пацієнтів із так званим синдромом Мюнхгаузена (синдромом «поліхірургічного звикання»), синдромом «професійного хворого» [2]), які необґрунтовано вимагають госпіталізації. Деякі пацієнти взагалі можуть виказувати неповагу чи недовіру до лікаря, створювати конфліктну ситуацію аж до відкритої агресії [6, с. 105]. Природно, що лікар, як і будь-яка інша людина, що опинилася в неприємній ситуації, переходить до самозахисту, діапазон якого коливається від наполегливої аргументації до конфронтації, яка призведе до того, що пацієнт ніколи більше не повернеться до цього лікаря і проігнорує все, що той сказав/рекомендував, аж до зворотної агресії [6]. Як зазначають канадські дослідники Jean Paratte та Emmanuel Stip, у таких випадках комунікативні навички стають особливо цінними [19].

**Емпатія.** Як відомо, нині існують дві протилежні концепції щодо ролі емпатії у професійній діяльності лікаря – об'єктивна й гуманістична. Згідно з першою, лікар розглядається як ефективний і незворушний, у нього є своє бачення пацієнта та його хвороби, він може приймати експертні рішення і працювати більш результативно. Згідно з другою концепцією, лікар людяний і чуйний, його цікавить не просто хвороба кожного пацієнта, а й те, що прийнято називати «особистісна історія» – особистість пацієнта, його соціальна ситуація тощо [21]. Прихильники об'єктивного підходу до пацієнта та його хвороби вважають, що лікарі, які «культивують» емпатію, ризикують бути занадто емоційно втягнутими у відносини з пацієнтами, а тому іноді не можуть приймати ті важливі рішення, які потребують прийняття. Натомість прихильники гуманістичного підходу стверджують, що без емпатії лікар не знає, хто його пацієнт, а тому не можуть приймати рішення разом із пацієнтом [21].

Не зупиняючись детально на цьому складному питанні, зазначимо, що ми поділяємо думку, що схильність до емпатії – це риса особистості, тому навчитися емпатії неможливо [6]. Утім, можна навчитися основним, так званим, зовнішнім проявами емпатійності, – вербальним (знайти «потрібні» слова для хворого та його родичів, розрадити їх, підбадьорити), невербальним (доброзичливий і зацікавлений

вираз обличчя) і паравербальним (спокійний голос, привітний тон) тощо.

Отже, навички клінічного спілкування посідають чільне місце в структурі професійної діяльності лікаря і забезпечують її клінічну результативність, мінімізують чинники, які можуть негативно впливати на успішність цієї діяльності, сприяють задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою та покращенню їхнього психоемоційного стану, коплаєнтності хворого, підвищують ефективність діагностики, лікування, профілактики хвороб, паліативної допомоги. Про наявність цих навичок свідчать уміння обирати доцільні тактики спілкування з пацієнтами та їхніми родичами, створити довірливу атмосферу й комфортне психологічне середовище для хворого; володіння невербальними й паравербальними компонентами спілкування; уміння проводити виховну роботу з пацієнтом щодо дотримання здорового способу життя та відмови від шкідливих звичок; уміння підтримувати й заохочувати автономію пацієнта, доводити інформацію щодо можливих ускладнень, схилити пацієнта до коплаєнсу; уміння уникати конфліктів або адекватно діяти в умовах конфліктної ситуації з пацієнтами. При цьому навички клінічного спілкування (як, власне, і будь-які інші навички) необхідно формувати починаючи з перших кроків перебування в медичному університеті, закріплювати їх протягом усього періоду навчання на додипломному й післядипломному етапах, а також постійно відшліфовувати в подальшому в умовах неформальної та інформальної освіти.

### Література

1. Беляєва ОМ. Мовленнєва комунікація: структура, види, форми, перешкоди. Світ медицини та біології. 2016; 1(55):185-91.
2. Беляєва ОМ., Ждан ВМ., Цісик АЗ. Латинсько-український медичний енциклопедичний словник: у 2 т., Т.2 N-W. К.: ВСВ «Медицина»; 2020. 456 с.
3. Ждан ВМ, Бобирьов ВМ, Білаш СМ, Беляєва ОМ. Психолого-педагогічна компетентність лікаря: синтез медицини, педагогіки та психології. Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи : зб. ст. II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 8–9 червня, 2017 р., м. Полтава. Полтава: Астроя; 2017:3-8.
4. Ждан ВМ., Дворник ВМ., Старченко І., Беляєва ОМ. Medicus nihil aliud est, quam animi consolatio: комунікативна компетентність лікаря як один з основних критеріїв його професіоналізму. Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи : зб. статей V Міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 19–20 листопада, 2020 р. Полтава: Астроя; 2020:3-13.
5. Климов ЕА. Психология профессионала. М. Издательство «Институт практической психологии». Воронеж; НПО «МО-ДЭК», 1996. 400 с.
6. Сонькина АА. Навыки профессионального общения в работе врача. ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2015; 1:101-7.
7. Урванцев ЛП. Профессиональное общение врача: психологическая наука — практике высшего медицинского образования. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015; № 1 (8):1-19.
8. Трушкина СВ. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача. Медицинская психология. 2018; 4:9
9. Ширинян МВ., Шустова СВ. Коммуникативная компетенция в профессиональной деятельности врача. Язык и культура. 2020; 50: 273-94.
10. Al-Hemary NJ, Cucchi A, Al-Nuaimi AS, Al-Saffar H, Al-Ani K. Inter-personal versus content: assessment of communication skills in Iraqi physicians. Heliyon. 2020; 6(10):e05145.

11. Assous A. B. La relation médecin malade en milieu hospitalier algérien. *European Scientific Journal*. 2012; 8(27):146-69.
12. Biglu MH, Nateq F, Ghojzadeh M, Asgharzadeh A. Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. *Materia Socio-medica*. 2017; 29(3):192-5.
13. Daouas F, Ben Abdelaziz A, Nabli ATH. et al. Les attitudes professionnelles humaines des médecins de la région sanitaire de Sousse (Tunisie). *Santé Publique*. 2002; 2 (Vol. 14):135-45.
14. Di Matteo MR. The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med* 1998; 168:328-33.
15. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007; 5: 413-25.
16. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43.
17. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci*. 2002 Jun;29 Suppl 2:S23-29.
18. Millette B, Lussier M.-Th, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 2004; 2:110-26.
19. Parratte J, Stip E. L'apprentissage par compétences : renouveau pédagogique à l'université de Montréal. *L'Information psychiatrique*. 2012; 88:543-48.
20. Suh W, Lee C. Impact of Shared-Decision Making on Patient Satisfaction. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2010; 43(1):26-34.
21. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002; 29:213-37.

*Матеріал надійшов до редакції 25.05.2021*