

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра симуляційних медичних технологій

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року



**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**  
**ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**  
**З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**  
**«ПЕРВИННІ НАВИЧКИ КОМУНІКАЦІЇ З ПАЦІЄНТОМ»**

**Рівень вищої освіти:** другий (магістерський)

**Галузь знань:** 22 «Охорона здоров'я»

**Спеціальність:** 222 «Медицина»

**Освітньо-професійна програма:** Медицина

**Затверджено:**

Засіданням кафедри симуляційних медичних технологій Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 28.08.2025 р.

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_ Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

**Розробники:**

завідувач кафедри Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

завуч кафедри Ольга ЄГОРЕНКО

доцент кафедри Михайло ПЕРВАК

асистент кафедри Юлія БЕЛОЗЕРЦЕВА — БАРАНОВА

## ТЕМА

### НАВИЧКИ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

**Мета:** Сформувати у здобувачів вищої освіти практичні навички професійної комунікації в умовах невідкладної допомоги та стаціонарного лікування: структурованої передачі інформації (SBAR/I-PASS), активного слухання, емпатійного віддзеркалення, асертивного спілкування з колегами, деескалації конфліктів, повідомлення поганої новини (адаптований SPIKES), пояснення процедур/ризиків/прогнозу, роботи з відмовою від лікування, а також комунікації в кризових ситуаціях (агресія, паніка, смерть пацієнта). Розвинути здатність швидко адаптувати стиль спілкування до віку, емоційного стану, культурного контексту та рівня свідомості пацієнта/родичів відповідно до рекомендацій TeamSTEPPS 3.0, ERC 2025, AHRQ CANDOR та наказів МОЗ України.

**Основні поняття (перелік питань):** професійна комунікація; SBAR; I-PASS; SPIKES; активне слухання; емпатійне віддзеркалення; перефразування; уточнюючі питання; асертивність; деескалація; невербальні сигнали; культурна чутливість; медична помилка; розкриття помилки; CANDOR; GRIEV\_ING; відмова від лікування; інформована згода; конфіденційність; командна комунікація; вторинна травматизація; peer support; професійне вигорання.

#### План:

##### 1. Контроль опорного рівня знань

- фронтальне опитування: ключові етапи SBAR та SPIKES; 5 моментів активного слухання; відмінність асертивності від пасивності та агресії;
- тестові завдання: вибір правильної першої фрази при деескалації / розкритті помилки / повідомленні смерті; розпізнавання захисних реакцій;
- розбір коротких ситуацій: «пацієнт відмовляється від операції», «родич кричить після смерті», «колега помилився в дозуванні» — яка перша фраза етична та ефективна;
- перевірка розуміння культурних та вікових особливостей (наприклад, чому не можна казати дитині «дідусь заснув назавжди»).

##### 2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

- структура та клінічне застосування SBAR та I-PASS (передача зміни, доповідь, криза);
- адаптована модель SPIKES для сповіщення поганих новин (особливості для дітей, підлітків, дорослих, похилих, деменція);
- ключові навички активного слухання (перефразування, віддзеркалення почуттів, уточнення, мовчання, кивки) — приклади в невідкладній практиці;
- асертивна комунікація з колегами (як сказати «я не згоден» без конфлікту);
- деескалація агресії (Verbal Judo, CPI): вербальні фрази + невербальні сигнали;
- етичні та юридичні аспекти розкриття медичної помилки (CANDOR, Sorry Works!);

- повідомлення про раптову смерть (GRIEV\_ING) та підтримка родини в гострій горі;
- культурна та вікова чутливість при сповіщенні поганих новин (колективістські vs індивідуалістські культури, діти vs похилий вік);
- профілактика вторинної травматизації лікаря після складних розмов (peer support, self-care).

Вправа «Моя комунікація з пацієнтом»

Проаналізувати своє місце між переконаннями «Я чудово вмію будувати стосунки» та «Мені складно порозумітися з пацієнтом» на уявній лінії. Дискусія.

Вправа «Мій шлях у професію». Вправа складається з кількох кроків. Перший крок- звернення до себе, до своїх думок про професію.

Другий крок. Відобразити свої враження на папері.

Третій крок. Поділитися своїми думками та почуттями з партнером, у спільному колі.

Вправа 1:

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми)

Для демонстрації ефективних дій у процесі слухання необхідно об'єднатися в пари та розділитися на учасників «А» та «В». «А» виконує роль пацієнта та розповідає історію, а «В» - фельдшер, який уважно слухає протягом 2 хв. Протягом цього часу «А» весь час розповідає. «В» виконує наступне завдання:

- сісти прямо навпроти «А», або через кут стола
- намагатися зберегти відкриту позу,
- трохи нахилитися до співрозмовника,
- розслабитися

Наступні 2 хв. «А» продовжує розповідати історію, а «В» намагається не слухати співрозмовника та виконує наступні дії:

- відвертається від «А»;
- приймає закриту позу;
- не підтримує зорового контакту.

На наступні 5 хвилин «А» та «В» міняються ролями.

Після закінчення завдання - обмін своїми відчуттями під час дебрифінгу.

2. Демонстрація ефективних невербальних дій у процесі слухання. Для чого необхідно об'єднатися в пари та розділитися на учасників «А» та «В». «А» виконує роль пацієнта та розповідає історію, а «В» - фельдшер, який уважно слухає протягом 5 хв. Протягом цього часу «А» весь час розповідає. «В» отримує завдання: використовувати різні варіанти невербальної комунікації, а саме

- постійно кивати головою;
- взагалі не кивати;
- кивати головою час від часу та значно перебільшено;
- кивати відповідно до власного бажання.

Вправа корисна тим, що дозволяє людям оцінити, наскільки вони «автоматично» використовують кивання головою в терапевтичних відносинах.

На наступні 5 хвилин «А» та «В» міняються ролями.

Після закінчення завдання, під час дебрифінгу, «А» та «В» обмінюються своїми відчуттями.

### **Теми доповідей / рефератів (за наявністю):**

- Порівняння моделей розкриття помилки: CANDOR vs Sorry Works! vs українська практика 2025 року.
- Культурні та вікові особливості сповіщення поганих новин: адаптація SPIKES.
- Асертивна комунікація в медичній команді: як молодший персонал може безпечно висловити незгоду.
- Психологічна підтримка родини після раптової смерті пацієнта: алгоритм GRIEV\_ING + психологічна перша допомога.

### **3. Формування професійних вмінь та практичних навичок**

- симуляція визнання помилки: лікар розкриває затримку з діагностикою / введенням препарату (рольові ігри з акторами-пацієнтами/родичами);
- симуляція повідомлення про раптову смерть: лікар сповіщає родичів у окремій кімнаті (GRIEV\_ING);
- симуляція розмови про перехід до паліативної допомоги / DNR: пацієнт термінальний, родичі заперечують;
- симуляція деескалації агресивного пацієнта / родича («Ви вбили мою матір!»);
- симуляція відмови пацієнта від процедури / операції — асертивне пояснення наслідків + документування;
- командна передача важкого пацієнта за SBAR/I-PASS;
- відпрацювання активного слухання та емпатії в різних сценаріях (гострий біль, паніка, заперечення);
- дебрифінг після кожного сценарію: що вдалося, що можна покращити, емоційний стан учасника, план самопомоги.

Під час заняття використовуються:

- високореалістичні манекени та стандартизовані пацієнти/родичі-актори з різними емоційними реакціями (шок, гнів, заперечення, депресія, агресія);
- сценарії з різними віковими групами та культурними контекстами;
- чек-листи CANDOR, GRIEV\_ING, SPIKES, SBAR, активного слухання;
- форми відмови від реанімації, згоди на розкриття помилки, журнал інцидентів;

- відеозапис для аналізу під час дебрифінгу;
  - професійні алгоритми AHRQ, ERC, МОЗ України, TeamSTEPPS 3.0.
4. **Підведення підсумків:** аналіз етичності, емпатійності, структурованості та ефективності комунікації в кожному сценарії; виявлення типових помилок (захисні реакції, приховування, надмірна формальність, ігнорування емоцій); оцінювання практичних навичок за чек-листами; зворотний зв'язок за результатами симуляційних сценаріїв та дебрифінгу; рекомендації щодо самоаналізу та профілактики вторинної травматизації.

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна:**

1. Медицина невідкладних станів: підручник / За ред. В. В. Лазоришина. – К.: Медицина, 2023 (оновлене видання 2025).
2. Медична психологія: підручник / За ред. О. П. Власенко. – К.: Медицина, 2024.
3. Медична етика та деонтологія: підручник / За ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Медицина, 2024.

#### **Додаткова:**

1. CANDOR Toolkit – Communication and Optimal Resolution (AHRQ, 2023–2025).
2. Sorry Works! – Roadmap for Disclosure & Apology (2019–2025 updates).
3. TeamSTEPPS 3.0: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (AHRQ, 2023–2025).
4. GRIEV\_ING – A Structured Approach to Death Notification (Hobgood et al., 2004 з адаптаціями).

#### **Електронні інформаційні ресурси:**

1. <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/candor> (CANDOR Toolkit).
2. <https://sorryworks.net> (Sorry Works! Resources).
3. <https://www.ahrq.gov/teamstepps> (TeamSTEPPS 3.0).
4. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо етичних норм, комунікації та безпеки пацієнта).

## ТЕМА

### ПАЦІЄНТ — ЦЕНТРОВАНИЙ ПІДХІД

**Мета:** Сформувати у здобувачів вищої освіти практичні навички реалізації пацієнт-центрованого підходу (patient-centered care) в умовах невідкладної допомоги та стаціонарного лікування: з'ясування цінностей, уподобань та очікувань пацієнта (ICE — Ideas, Concerns, Expectations), спільного прийняття рішень (shared decision making), адаптації плану лікування до індивідуальних потреб, поваги до автономії, культурної та вікової чутливості, емпатійного супроводу при тяжких станах, відмови від лікування, переходу до паліативної допомоги, а також командної координації з урахуванням голосу пацієнта та родини відповідно до рекомендацій ICPCC (International College of Person-Centered Care), WHO People-Centred Care, TeamSTEPPS 3.0 та наказів МОЗ України.

**Основні поняття (перелік питань):** пацієнт-центрований підхід; patient-centered care; person-centred care; спільне прийняття рішень (shared decision making); ICE (Ideas, Concerns, Expectations); цінності та цілі пацієнта; автономія; інформована згода; культурна компетентність; вікова чутливість; емпатія; активне слухання; віддзеркалення почуттів; уникнення медичного патерналізму; перехід до паліативної допомоги; відмова від реанімації (DNR/DNI); психосоціальний контекст; вторинна травматизація; burnout; compassion satisfaction.

#### План:

##### 1. Контроль опорного рівня знань

- фронтальне опитування: визначення patient-centered care; ключові компоненти за ICPCC/WHO; відмінність від disease-centered та doctor-centered підходів;
- тестові завдання: вибір правильної першої фрази при з'ясуванні ICE; розпізнавання патерналізму в розмові;
- розбір коротких ситуацій: «пацієнт відмовляється від операції», «родич просить не говорити про рак», «пацієнт похилого віку з деменцією» — як реалізувати patient-centered підхід;
- перевірка розуміння етичних меж (автономія vs благодійність vs ненанесення шкоди).

##### 2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

- еволюція концепції patient-centered care (Balint, Picker, IOM, ICPCC, WHO People-Centred Care);
- ключові компоненти за моделлю Picker / ICPCC: повага до цінностей, координація, інформація, фізичний комфорт, емоційна підтримка, залучення родини, перехід між етапами;
- з'ясування ICE (Ideas — уявлення про хворобу; Concerns — страхи/занепокоєння; Expectations — очікування від лікаря);
- спільне прийняття рішень (shared decision making): етапи, інструменти (decision aids, Option Grid);

- адаптація підходу до різних груп: діти, підлітки, дорослі, похилий вік, деменція, культурні меншини;
- пацієнт-центрований підхід у невідкладних станах: обмежений час, шок, біль, втрата свідомості — як зберегти повагу до автономії;
- етичні дилеми: відмова від лікування, DNR/DNI, приховування діагнозу за бажанням родини, розподіл ресурсів;
- вплив patient-centered підходу на adherence, задоволеність пацієнта, зниження скарг та судових позовів;
- профілактика вигорання лікаря при інтенсивній емоційній взаємодії.

#### **Теми доповідей / рефератів (за наявністю):**

- Порівняння patient-centered та disease-centered підходів: доказова база впливу на результати лікування (2020–2025).
- Адаптація моделі shared decision making до невідкладних станів та критичних ситуацій.
- Культурні та вікові особливості реалізації patient-centered care в Україні (кейси 2022–2025).
- Вплив patient-centered підходу на зниження професійного вигорання медичного персоналу.

#### **3. Формування професійних вмінь та практичних навичок**

- симуляція збору ICE та пояснення плану лікування при гострому коронарному синдромі (пацієнт вагається щодо стентування);
- симуляція розмови про перехід до паліативної допомоги / DNR (термінальний пацієнт, родичі заперечують);
- симуляція відмови пацієнта від запропонованої операції — з'ясування причин, пояснення наслідків, спільне рішення;
- симуляція повідомлення поганого прогнозу різним віковим групам (підліток, дорослий, похилий вік з деменцією);
- симуляція культурно-чутливого спілкування (мусульманська родина просить не говорити пацієнту про рак);
- командна взаємодія: лікар + медсестра + родич — розподіл ролей при обговоренні плану лікування;
- дебрифінг після кожного сценарію: що вдалося, які навички patient-centered підходу були застосовані, що можна покращити, емоційний стан учасника.

Під час заняття використовуються:

- високореалістичні манекени та стандартизовані пацієнти/родичі-актори з різними віковими, культурними та емоційними характеристиками;
- сценарії з різними рівнями свідомості (AVPU/GCS) та типами реакцій (заперечення, гнів, депресія, паніка);
- чек-листи ICPC, SPIKES, shared decision making, активного слухання;

- decision aids (Option Grid, візуальні матеріали для пояснення ризиків/користі);
  - форми інформованої згоди / відмови від лікування;
  - відеозапис для аналізу під час дебрифінгу;
  - професійні алгоритми WHO People-Centred Care, TeamSTEPPS 3.0, МОЗ України.
4. **Підведення підсумків:** аналіз реалізації принципів patient-centered care в кожному сценарії; виявлення типових помилок (патерналізм, ігнорування ICE, медичний жаргон, недостатня емпатія); оцінювання практичних навичок за чек-листами; зворотний зв'язок за результатами симуляційних сценаріїв та дебрифінгу; рекомендації щодо самоаналізу та профілактики вигорання.

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна:**

1. Медицина невідкладних станів: підручник / За ред. В. В. Лазоришина. – К.: Медицина, 2023 (оновлене видання 2025).
2. Медична психологія: підручник / За ред. О. П. Власенко. – К.: Медицина, 2024.
3. Медична етика та деонтологія: підручник / За ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Медицина, 2024.

#### **Додаткова:**

1. TeamSTEPPS 3.0: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (AHRQ, 2023–2025).
2. International College of Person-Centered Care (ICPCC) Framework (2023–2025).
3. WHO Framework on integrated people-centred health services (2016 з оновленнями 2025).
4. Elwyn G. et al. Shared decision making: a model for clinical practice (J Gen Intern Med, 2012 з оновленнями).

#### **Електронні інформаційні ресурси:**

1. <https://www.ahrq.gov/teamstepps> (TeamSTEPPS 3.0 – Patient-Centered Communication).
2. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services> (WHO People-Centred Care).
3. <https://personcenteredcare.ca> (ICPCC Resources & Tools).
4. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо пацієнт-центрованої допомоги та комунікації).

## ТЕМА

### ІМІДЖЕВІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

**Мета:** Сформувати у здобувачів вищої освіти практичні навички свідомого формування та підтримки професійного іміджу лікаря в умовах невідкладної допомоги та стаціонарного лікування: зовнішнього вигляду, вербальної та невербальної поведінки, етичної стійкості, емоційного інтелекту, цифрового іміджу (соцмережі, відгуки), а також уміння швидко відновлювати довіру після кризових ситуацій (медична помилка, конфлікт, скарга). Розвинути розуміння, як імідж впливає на довіру пацієнта, співпрацю, ефективність лікування, задоволеність та кількість скарг/позовів відповідно до рекомендацій МОЗ України, МОЗ ЄС, ААМС та сучасних досліджень 2023–2025 рр.

**Основні поняття (перелік питань):** професійний імідж; зовнішній вигляд; вербальна поведінка; невербальні сигнали; емоційний інтелект; цифровий імідж; етична стійкість; довіра пацієнта; медичний патерналізм; емпатійна дистанція; відновлення іміджу; кризовий PR у медицині; відгуки в інтернеті; соціальні мережі лікаря; бренд особистості; професійне вигорання vs імідж.

#### План:

##### 1. Контроль опорного рівня знань

- фронтальне опитування: які елементи зовнішнього вигляду лікаря найсильніше впливають на перше враження; що входить до поняття «цифровий імідж»; як швидко пацієнт формує думку про компетентність лікаря (секунди);
- тестові завдання: вибір правильного/неправильного варіанту одягу, фрази, невербальної поведінки; розпізнавання патерналізму;
- розбір коротких ситуацій: «лікар у джинсах та кросівках», «лікар з татуваннями на руках», «лікар пише в Instagram про роботу» — вплив на довіру;
- перевірка розуміння зв'язку між іміджем та дотриманням рекомендацій пацієнтом.

##### 2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

- сучасні дослідження впливу іміджу лікаря на довіру, adherence та кількість скарг (2020–2025);
- зовнішній вигляд: одяг, взуття, зачіска, борода, татування, пірсинг, парфуми — що прийнятно в Україні 2025 р.;
- вербальна поведінка: тон, темп, гучність, медичний жаргон vs зрозуміла мова, привітність vs холодність;
- невербальні сигнали: дистанція, постава, міміка, погляд, рукостискання, швидкість рухів;
- емоційний інтелект лікаря: розпізнавання емоцій пацієнта, управління власними емоціями, емпатія без співзалежності;
- цифровий імідж: що можна/не можна публікувати в соцмережах, як реагувати на негативні відгуки;

- відновлення іміджу після кризи (розкриття помилки, конфлікт з родичами, скарга);
- етичні межі іміджу: коли «бути собою» переходить у порушення професійної етики;
- вплив професійного вигорання на імідж та як його запобігати.

Дискусія на тему «Імідж медичного працівника»

Психологічні особливості, які можуть знизити комунікативну компетентність

Професійні стереотипи медичного працівника .

Забезпечення атмосфери сприймання компетентності, привабливості.

Особисті якості ефективного медичного працівника.

Нездорове мотивування вибору професії.

Протокол TIMER

Чотири моделі взаємодії медичний працівник -пацієнт.

Наступний етап – демонстрація ситуацій.

А. Навичка відстеження реакції пацієнта на дії фельдшера:

1. Фельдшер у пом'ятому халаті запрошує сісти навпроти нього по інший бік столу, не представившись та починає запитувати про скарги. Приймає пацієнта не помічаючи, що пацієнт збуджений та переляканий. Призначає лікування.

Завдання: знайти помилки у взаємодії між медичним працівником і пацієнтом.

- Літній пацієнт з захворюванням серця на консультації у фельдшера, хоче дізнатися про всі можливі варіанти його лікування. Докладно просить фельдшера розповісти про новітні методи лікування. Показує статті з наукових журналів. Фельдшер підтримує зоровий контакт з пацієнтом, зацікавлено проглядає статтю та просить розповісти про те, як пацієнт почуватися. Уточнює у пацієнта очікування від лікування. Рекомендує подальші дії. Ввічливо повідомляє пацієнта, що на даний момент його час обмежений, але пізніше, він зможе відповісти на його запитання. Але зараз рекомендації потрібно виконувати та не припиняти лікування. Укласти чіткий договір про контрольний візит.

Завдання: знайти ефективні кроки у діях фельдшера

В. Обговорення особистих якостей ефективного медичного працівника (Автентичність, Відкритість власного досвіду, Допитливість, Самотність, Почуття гумору)

С. Обрання студентом правдивого та хибного висловлення про його особу

1. «Я хочу бути медичним працівником, тому що в моїй родині всі лікарі, мені подобається ця професія»
2. «Цікава професія, але мені важко відкласти свої справи і піклуватися про когось»

3. «Я вирішив присвятити себе медицині, я весь свій час витрачаю на навчання, та на друзів немає часу»
4. «Я досить стійкий, цілеспрямований, у мене тверда рука, я буду добрим медичним працівником»
5. «Я уважний, емпатичний, з дитинства читаю книги про медичних працівників, не боюся брати відповідальність за свої справи»

Д. Обрання прийнятної моделі взаємодії «медичний працівник-пацієнт»

**Теми доповідей / рефератів (за наявністю):**

- Вплив зовнішнього вигляду лікаря на довіру та дотримання рекомендацій (доказова база 2020–2025).
- Цифровий імідж лікаря в 2025 році: ризики та можливості (кейси з України та світу).
- Емоційний інтелект як ключовий елемент іміджу лікаря в невідкладній допомозі.
- Як відновити довіру пацієнта після медичної помилки чи конфлікту.

### **3. Формування професійних вмінь та практичних навичок**

- симуляція першого контакту в приймальному відділенні: різні варіанти зовнішнього вигляду лікаря, вплив на довіру (рольові ігри з акторами-пацієнтами);
- симуляція пояснення діагнозу та плану лікування з різними невербальними сигналами (відкрита vs закрита постава, контакт очима vs відведений погляд);
- симуляція деескалації конфлікту з родичами з різним емоційним інтелектом лікаря;
- симуляція розкриття помилки або поганого прогнозу з акцентом на вербальні та невербальні елементи;
- симуляція відповіді на негативний відгук в інтернеті (письмовий та усний формат);
- командна робота: лікар + медсестра — як спільно підтримувати єдиний імідж команди;
- дебрифінг після кожного сценарію: аналіз іміджу (зовнішній вигляд, вербальні/невербальні сигнали, емоційний інтелект), що вплинуло на довіру, план покращення.

Під час заняття використовуються:

- високореалістичні манекени та стандартизовані пацієнти/родичі-актори;
- різні варіанти зовнішнього вигляду лікаря (одяг, зачіска, аксесуари);
- відеозапис для аналізу невербальних сигналів під час дебрифінгу;
- чек-листи оцінки іміджу (зовнішній вигляд, вербальна поведінка, невербальні сигнали, емоційний інтелект);
- сценарії з різними типами пацієнтів (дитина, підліток, дорослий, похилий вік, агресивний, в шоці);

- професійні алгоритми TeamSTEPPS 3.0, WHO People-Centred Care, МОЗ України.
4. **Підведення підсумків:** аналіз впливу іміджевих елементів на довіру та співпрацю в кожному сценарії; виявлення типових помилок (надмірна дистанція, закрита постава, медичний жаргон, захисні реакції); оцінювання практичних навичок; зворотний зв'язок за результатами симуляційних сценаріїв та дебрифінгу; рекомендації щодо постійного самовдосконалення іміджу.

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна:**

1. Медицина невідкладних станів: підручник / За ред. В. В. Лазоришина. – К.: Медицина, 2023 (оновлене видання 2025).
2. Медична психологія: підручник / За ред. О. П. Власенко. – К.: Медицина, 2024.
3. Медична етика та деонтологія: підручник / За ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Медицина, 2024.

#### **Додаткова:**

1. TeamSTEPPS 3.0: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (AHRQ, 2023–2025).
2. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (3rd ed., 2023–2025).
3. Beach MC et al. Patient-centered communication in cancer care (J Clin Oncol, 2020–2025 updates).

#### **Електронні інформаційні ресурси:**

1. <https://www.ahrq.gov/teamstepps> (TeamSTEPPS 3.0 – Professional Image & Communication).
2. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services> (WHO People-Centred Care).
3. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо етичних норм, іміджу та комунікації медпрацівників).
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC> (пошук за ключовими словами "physician appearance trust" 2020–2025).

## ТЕМА

### СИНДРОМ ВИГОРАННЯ

**Мета:** Сформувати у здобувачів вищої освіти практичні навички раннього розпізнавання ознак професійного вигорання (burnout) у себе та колег, самооцінки за міжнародними шкалами (MBI, CBI, OLBI), розуміння факторів ризику в невідкладній медицині, застосування стратегій профілактики та самодопомоги, а також уміння надавати психологічну першу допомогу колезі з ознаками вигорання відповідно до рекомендацій WHO, ICD-11, Maslach & Leiter, ERC 2025, МОЗ України та AHRQ.

**Основні поняття (перелік питань):** синдром вигорання (burnout); професійне вигорання; емоційне виснаження; деперсоналізація; зниження професійної ефективності; Maslach Burnout Inventory (MBI); Copenhagen Burnout Inventory (CBI); Oldenburg Burnout Inventory (OLBI); вторинна травматизація; compassion fatigue; resilience; self-compassion; peer support; критичний інцидент; посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); work-life balance; емоційне відновлення; техніки управління стресом; профілактика вигорання.

#### План:

##### 1. Контроль опорного рівня знань

- фронтальне опитування: визначення вигорання за ICD-11; три основні компоненти за Maslach; відмінність вигорання від депресії та хронічної втоми;
- тестові завдання: розпізнавання ознак вигорання за описом ситуації; вибір правильної стратегії самодопомоги;
- розбір коротких кейсів: «лікар після 36-годинного чергування відчуває цинізм до пацієнтів», «медсестра плаче після зміни без видимої причини», «інтерн не може змусити себе йти на роботу»;
- перевірка знань щодо факторів ризику вигорання в невідкладній медицині (надмірне навантаження, смерть пацієнтів, агресія, обмежені ресурси).

##### 2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

- синдром вигорання за ICD-11 (QD85) — критерії, відмінність від звичайної втоми;
- трикомпонентна модель Maslach (емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження досягнень);
- фактори ризику вигорання в невідкладній медицині (висока інтенсивність, смерть/важкі стани, агресія пацієнтів/родичів, недосипання, моральний дистрес);
- захисні фактори (resilience, social support, self-compassion, work-life balance);
- інструменти самооцінки: MBI, CBI, OLBI, ProQOL (compassion satisfaction/fatigue);
- ранні, середні та пізні ознаки вигорання (тілесні, когнітивні, емоційні, поведінкові);
- стратегії профілактики на індивідуальному, командному та організаційному рівнях;

- психологічна перша допомога колезі з ознаками вигорання (LIVES-модель, peer support);
- алгоритм дій при гострому кризі (суїцидальні думки, панічні атаки, емоційне виснаження).

1. Фельдшер, у мене кашель!

-Так, я чую ваш охриплий голос. Розкажіть, мені докладніше про свій стан і я огляну та призначу лікарський препарат. ....Обов'язково його приймайте. Я вам надам рекомендації стосовно вашого образу життя, режиму дня, немедикаментозних та медикаментозних методів лікування. До зустрічі через 5 днів

-Так, я вам повністю довіряю і буду суворо виконувати всі ваші вказівки, призначення і рекомендації.

2. Фельдшер, у мене кашель! Вилікуйте мене

- Розкажіть, мені про свій стан. (фельдшер каже неемоційно, байдужим голосом )

- В мене була температура 3 дня тому, потім горло захворіло

-Давайте, я Вас огляну. Приймайте препарат 5 днів. До зустрічі ( не звертає уваги на бажання пацієнта поставити запитання)

-???

3. -Фельдшер, у мене кашель!

- Дайте результати ваших обстежень. (фельдшер не дивіться на пацієнта. Емоційно не долучається до спілкування з пацієнтом. Аускультує. Рекомендації дає усно, або письмово-без пояснення)

4. Фельдшер, у мене кашель!

- Так, я чую ваш охриплий голос. Розкажіть, мені докладніше про свій стан

- Все почалося 3 дні тому. У мене була температура, а потім захворіло горло

- Так, я зараз огляну вас

- Добре

- Я Вам призначу лікарський препарат, обов'язково його приймайте, та надам рекомендації стосовно вашого образу життя, режиму дня, немедикаментозних та медикаментозних методів лікування. А ви будете періодично інформувати мене про свій стан. У вас є до мене питання?

- Так, я вам повністю довіряю і буду обов'язково виконувати всі ваші вказівки, призначення і рекомендації.

5. Тренування навички відстеження реакції пацієнта на дії медичного працівника:

Юнак перед операцією з приводу перелому ноги хоче знати, чи відчуватиме він біль, коли зможе встати і ходити. Чи довго ходитиме на милицях. Докладно просить медичного

працівника розповісти про лікування. Медичний працівник використовуючи навички активного слухання, просить розповісти про те, як пацієнт почувається. Уточнює у пацієнта очікування лікування. Пояснює, що лікар відповість на всі запитання. (назвіть ефективні кроки)

6. Діалог медпрацівника (А) із завідувачем відділення (В) Протокол TIMER

А: «Доброго дня! Ви мене кликали?»

В (демонструє навички активного слухання) «Доброго дня, П. Сідайте, будь ласка. Я хотіла б обговорити з Вами важливу, на мій погляд, тему, Ви не заперечуєте?»

А: «Так»

В: «Мене турбує Ваша взаємодія з колегою С...»

А: «Я хочу Вам розповісти про відношення з лікарем С. Він часто ображає мене»

В: «Ви кажете, що відчуваєте, що з Вами обійшлися несправедливо, чи можете Ви розповісти більше, що Ви маєте на увазі?»

А: «Він часто приходиться у процедурну, коли я роблю маніпуляції, втручається в розмову з пацієнтами, грубо жартує, дає поради»

В: «Я чую Ваш розгніваний голос, Ви кажете про неприпустиму поведінку лікаря...Ви б хотіли обговорити цю ситуацію втрюх?»

А: «Так. Дуже Вам вдячна»

Причини «синдрому вигорання».

Фази вигорання.

Методи психологічної профілактики при вигоранні.

Окреслення поняття цінностей

Аналіз власного досвіду «Мої власні ресурси для профілактики вигорання»

Дискусія

Існує багато способів, які запобігають «синдрому вигорання»

- культивування інших інтересів, не пов'язаних з лікуванням хворих, поєднання роботи з навчанням, викладанням та написанням наукових статей
- створення нових проектів
- підтримка свого організму: достатній сон, режим харчування, медитації
- задовільне соціальне життя, наявність друзів, які мають (бажано) іншу професію
- вміння не поспішати і давати собі достатньо часу для досягнення цілей
- відкритість нового досвіду

- читання не тільки професійної літератури, а й художньої, без орієнтації на користь
- уміння програвати, без самознищення та агресивності
- хобі, що приносить задоволення

Вправа «Мої власні ресурси для профілактики вигорання». Вправа складається з кількох кроків. Перший крок - звернення до себе, до своїх думок про власні ресурси.

Другий крок. Відобразити свої враження на папері.

Третій крок. Поділитися своїми думками та почуттями з партнером, у спільному колі.

Для демонстрації ефективних дій у процесі слухання необхідно об'єднатися в пари та розділитися на учасників «А» та «В». «А» розповідає історію про свій власний досвід, а «В» - уважно слухає протягом 5 хв. Протягом цього часу «А» весь час розповідає. «В» виконує наступне завдання, використовує навички активного слухання

- сісти прямо навпроти «А», або через кут стола
- намагатися зберегти відкриту позу,
- трохи нахилитися до співрозмовника,
- розслабитися

-демонструє навички фасилитації

На наступні 5 хвилин «А» та «В» міняються ролями.

Після закінчення завдання - обмін своїми відчуттями під час дебрифінгу.

### **Теми доповідей / рефератів (за наявністю):**

- Порівняння MBI, CBI та OLBI: яка шкала найкраще підходить для лікарів невідкладної допомоги (доказова база 2020–2025).
- Вплив пандемії COVID-19 та воєнного стану на рівень вигорання медпрацівників України (дослідження 2022–2025).
- Індивідуальні та організаційні стратегії профілактики вигорання в умовах невідкладної медицини.
- Peer support та психологічна перша допомога як інструмент зниження вигорання в команді.

### **3. Формування професійних вмінь та практичних навичок**

- самооцінка за шкалою MBI або ProQOL (анонімно, з подальшим обговоренням групових тенденцій);
- симуляція сценаріїв з ознаками вигорання: лікар після смерті пацієнта проявляє цинізм; медсестра плаче після зміни; інтернові важко йти на роботу;
- рольові ігри: надання психологічної першої допомоги колезі (LIVES-модель);
- відпрацювання технік швидкого відновлення (box breathing, grounding 5-4-3-2-1, self-compassion break);

- командний де-брифінг після критичного інциденту (структурований формат: факти → емоції → оцінка → план дій);
- розробка індивідуального плану профілактики вигорання (SMART-цілі на 1–3 місяці);
- аналіз власного відео або рольової гри: розпізнавання ознак стресу/вигорання в собі.

Під час заняття використовуються:

- високореалістичні манекени та стандартизовані пацієнти/родичі-актори;
- сценарії з емоційним виснаженням, цинізмом, деперсоналізацією;
- чек-листи MBI, ProQOL, LIVES;
- техніки швидкого відновлення (аудіо/відео-підказки);
- форми індивідуального плану профілактики вигорання;
- відеозапис для дебрифінгу;
- професійні алгоритми WHO, ERC, МОЗ України, AHRQ.

4. **Підведення підсумків:** аналіз розпізнавання ознак вигорання та ефективності застосованої допомоги в кожному сценарії; виявлення типових помилок (ігнорування симптомів, самокритика, відсутність меж); оцінювання практичних навичок; зворотний зв'язок за результатами симуляційних сценаріїв та дебрифінгу; рекомендації щодо індивідуального плану профілактики.

### Список рекомендованої літератури:

#### Основна:

1. Медицина невідкладних станів: підручник / За ред. В. В. Лазоришина. – К.: Медицина, 2023 (оновлене видання 2025).
2. Медична психологія: підручник / За ред. О. П. Власенко. – К.: Медицина, 2024.
3. Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 «Про затвердження стандартів медичної допомоги» (зі змінами щодо психологічної підтримки персоналу, 2025).

#### Додаткова:

1. Maslach C., Leiter M.P. The Truth About Burnout (2023 updates).
2. WHO Guidelines on Mental Health at Work (2022–2025).
3. European Resuscitation Council Guidelines 2025 (розділ Team Well-being & Burnout Prevention).
4. AHRQ TeamSTEPPS 3.0 – Managing Stress & Burnout (2023–2025).

#### Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use> (WHO Mental Health at Work).
2. <https://www.ahrq.gov/teamstepps> (TeamSTEPPS – Stress & Burnout Prevention).
3. <https://www.erc.edu> (ERC Guidelines 2025 – Team Well-being).

4. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо психологічної підтримки медпрацівників).

## ТЕМА

### МАЙНДФУЛНЕС — ПРОГРАМА ПО ЗНИЖЕННЮ СТРЕСУ

**Мета:** Сформувати у здобувачів вищої освіти практичні навички використання технік майндфулнес (усвідомленості) як інструменту швидкого та довгострокового зниження стресу, профілактики професійного вигорання та підвищення емоційної стійкості в умовах невідкладної медицини. Навчити проводити базові 3–10-хвилинні практики майндфулнес для себе та колег, розпізнавати моменти, коли техніка найбільш ефективна, інтегрувати майндфулнес у щоденну роботу, а також проводити короткі групові сесії для команди відповідно до рекомендацій MBSR (Kabat-Zinn), MBCT, WHO, NICE 2023–2025 та наказів МОЗ України щодо психологічної підтримки медпрацівників.

**Основні поняття (перелік питань):** майндфулнес (mindfulness); усвідомленість; MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction); MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy); медитація усвідомленості; дихальна медитація; body scan; mindful movement; деф'южн (відчеплення від думок); прийняття (acceptance); нереактивність; самоспівчуття (self-compassion); емоційна регуляція; професійне вигорання; вторинна травматизація; compassion fatigue; resilience; present-moment awareness; автопілот мислення; судження vs опис.

#### План:

##### 1. Контроль опорного рівня знань

- фронтальне опитування: що таке майндфулнес за Kabat-Zinn; основна відмінність від релаксації та медитації концентрації; чому майндфулнес ефективний проти вигорання;
- тестові завдання: вибір правильного формулювання мети практики; розпізнавання типових «автопілотних» думок;
- розбір коротких ситуацій: «лікар після смерті пацієнта відчуває провину», «медсестра після зміни не може заснути», «інтерн у паніці перед першим чергуванням» — як майндфулнес може допомогти;
- перевірка розуміння протипоказань (гострий психоз, важка депресія з суїцидальними думками).

##### 2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

- наукова основа майндфулнес: нейропластичність, зниження активності мигдалини, посилення префронтальної кори, зменшення кортизолу (дослідження 2015–2025);
- базові принципи MBSR: усвідомленість, прийняття, нереактивність, несудження, терпіння, довіра, новачок-розум, відпускання;
- ключові практики: дихальна медитація (3–5 хв), body scan (10–20 хв), mindful walking, mindful eating, loving-kindness (метта);

- майндфулнес у невідкладній медицині: 1–2-хвилинні «перерви усвідомленості» під час зміни, практика перед входом до реанімації;
- майндфулнес при роботі з пацієнтом: mindful presence під час розмови, зменшення суджень, краща емпатія;
- протипоказання та обмеження: коли майндфулнес може посилити симптоми (дисоціація, флешбеки, гостра тривога);
- інтеграція майндфулнес у щоденну роботу медпрацівника (мікропрактики, mindful charting, mindful handwashing);
- групові сесії майндфулнес для команди: як проводити 10–15-хвилинні практики в перерві.

### Причини «синдрому вигорання»

1. вкладення у роботу великих особистісних ресурсів при недостатньому визнанні та відсутності позитивної оцінки
2. суворий регламент роботи, особливо при нереальних термінах її виконання, нестача умов для самовираження особистості на роботі.
3. напруженість та конфлікти у професійному середовищі, критика, нерозв'язані особисті конфлікти медичного працівника.
4. робота без можливості професійного вдосконалення
5. все вірно

### 2 Фази вигорання

1 «фаза напруги». Передвісником і механізмом, що запускає «синдром емоційного згоряння», є фіксований стан тривожної напруги. «Фази опору». Цей етап пов'язаний з появою захисної поведінки типу «байдужості». «Фази виснаження», вона характеризується зниженням енергетичного тону, вираженими психовегетативними порушеннями.

2 «фаза напруги». Передвісником і механізмом, що запускає «синдром емоційного згоряння».. «Фази опору». Цей етап пов'язаний з появою захисної поведінки типу «байдужості». «Фази виснаження», стан, в якому "на все начхати". Вона характеризується зниженням енергетичного тону, вираженими психовегетативними порушеннями.

### 3 Все вірно

### 4 Все невірно

3. У якій фазі проявляється «Економія емоцій», медичний працівник із зневагою, а то й із глузуванням розповідає про деяких своїх пацієнтів. Далі він починає відчувати неприязнь до них. обмеження емоційної віддачі спрощує та скорочує процес спілкування «медичний працівник-хворий», привносячи до нього риси поверховості та формалізму:

1 «фаза напруги».

2 «фази опору»

3 «фази виснаження, редукція»

4 Вкажіть провідного фахівця, який займається вивченням емоційного вигорання з 70-х років:

1. Крістіна Маслах

2. Герберт Фройденбергер (у 1974 році ввів його в лексикон профільних науковців. Він сформулював його як сукупність відчуття емоційного виснаження, втрати мотивації та цинізму.)

3. Урсула Нубер

5. виправите помилки

#### Фізичні ознаки

1. невпевненість у собі;
2. відчуття самотності та відстороненості;
3. безпорадність;
4. втрата мотивації;
5. негативний та цинічний погляд на речі;
6. втрата відчуття задоволення від життя.

#### Поведінкові ознаки

1. виснаження та відчуття втоми більшу частину часу;
2. проблеми зі сном;
3. зміна апетиту;
4. зниження імунітету та часті хвороби.
1. відсторонення від оточуючих;
2. перенесення власного негативного досвіду на інших;

#### Емоційні ознаки

3. довше виконання поставленого завдання;
4. бажання усунення від відповідальності;
5. емоційна нестабільність.

Що таке майндфулнес?

Майндфулнес дихання і тіла, навичці бути присутнім

Усвідомлення наших патернів стресової реактивності

Визначення майндфулнесу. Чим корисна програма для лікарів

Аналіз власного досвіду майндфулнес

Дискусія

Вправа «Родзинка»

Для початку уважно роздивіться родзинку, як вона виглядає. Уявіть собі, що ви в житті такого не бачили. Дивіться на неї з неймовірною увагою та зацікавленням.

Далі спробуйте відчутти запахи своєї родзинки. Дозвольте їм заповнити свою свідомість.

Можливо запах буде слабким або його не буде зовсім, просто відзначте це.

Також прислухайтесь, можливо ви почуєте якісь звуки від вашої страви.

Після цього повільно піднесіть до рота, потім до кінчика язика,

звертаючи увагу на те, що робить ваш язик для того, аби «отримати» родзинку. Не жуйте, просто досліджуйте її за допомогою язика приблизно тридцять секунд або й довше, за бажанням.

Коли будете готові, свідомо відкусіть шматочок і зверніть увагу на те, як це вплине на вас.

Відчуйте її смак, текстуру. Повільно жуйте, але поки що не ковтайте. Зосередьтесь на тому, що відбувається в цей момент у вашому роті.

Подивіться, чи можете ви встояти перед першим бажанням проковтнути родзинку. Повністю осягніть його, перш ніж проковтнете її. Зверніть увагу на те, що робить ваш язик, аби підготуватися для ковтання. Постарайтесь відзначити всі свої відчуття.

Можливо, вам вдасться відчутти, як їжа рухається стравоходом униз, до шлунку. Зверніть увагу на рухи язика після того, як проковтнете родзинку.

Після ковтання витратьте кілька хвилин на те, щоб зафіксувати відчуття цієї «трапези».

Чи залишився в роті післясмак? Що ви відчуваєте тепер, коли їжі в роті нема? Чи виникає бажання з'їсти ще.

Під час усвідомленого споживання їжі ваша увага може відволікатися на різні думки, спогади, звуки тощо. Це нормально, так працює наш мозок. В таких випадках просто помічайте, що ваша увага відволіклася і повертайте її назад до споживання їжі та своїх

відчуттів під час цього.

Після закінчення завдання - обмін своїми відчуттями під час дебрифінгу.

Для демонстрації ефективних дій у процесі слухання необхідно об'єднатися в пари та розділитися на учасників «А» та «В». «А» розповідає історію про свій власний досвід, а «В» - уважно слухає протягом 5 хв. Протягом цього часу «А» весь час розповідає. «В» виконує наступне завдання, використовує навички активного слухання

- сісти прямо навпроти «А», або через кут стола
- намагатися зберегти відкриту позу,
- трохи нахилитися до співрозмовника,
- розслабитися
- демонструє навички фасилитації

На наступні 5 хвилин «А» та «В» міняються ролями.

Після закінчення завдання - обмін своїми відчуттями під час дебрифінгу.

**Теми доповідей / рефератів (за наявністю):**

- Доказова база MBSR та MBCT для профілактики вигорання медпрацівників (мета-аналізи 2020–2025).
- 1–3-хвилинні практики майндфулнес, які можна виконувати під час чергування в невідкладній допомозі.
- Особливості застосування майндфулнес у лікарів з високим рівнем вторинної травматизації (кейси 2022–2025).
- Самоспівчуття (self-compassion) як ключовий компонент стійкості до вигорання.

### **3. Формування професійних вмінь та практичних навичок**

- проведення 3-хвилинної дихальної практики усвідомленості (досвідчений інструктор → самостійне виконання);
- body scan 8–10 хвилин у лежачому положенні (з фокусом на напруження в зонах плечей, шиї, щелепи);
- mindful movement: повільна ходьба з усвідомленням кроків (3–5 хвилин);
- практика loving-kindness (метта) для себе та колег (5 хвилин);
- симуляція мікропрактики перед входом до реанімації / після критичного інциденту (1–2 хвилини);
- рольова гра: лікар після смерті пацієнта відчуває провину → коротка практика самоспівчуття;

- групова 10-хвилинна практика для команди після важкої зміни (mindful breathing + body scan);
- дебрифінг після кожної практики: які відчуття виникли, що допомогло/заважало, як можна інтегрувати в роботу.

Під час заняття використовуються:

- тихе приміщення з килимками / стільцями для медитації;
- аудіозаписи інструкцій українською мовою (3–10 хв);
- таймери для контролю тривалості практик;
- чек-листи самооцінки стану до/після практики (VAS-шкала стресу, емоційний термометр);
- відеозапис коротких практик для повторного використання вдома;
- професійні протоколи MBSR, MBCT, WHO Mental Health at Work, МОЗ України.

4. **Підведення підсумків:** аналіз змін суб'єктивного рівня стресу та емоційного стану до/після практик; виявлення типових труднощів (розбігання думок, фізичний дискомфорт, опір); оцінювання практичних навичок; зворотний зв'язок за результатами симуляційних вправ та групових практик; рекомендації щодо щоденного використання мікропрактик та подальшого навчання (онлайн-курси MBSR, додатки Insight Timer, Calm, Headspace з українськими перекладами).

### **Список рекомендованої літератури:**

#### **Основна:**

1. Медицина невідкладних станів: підручник / За ред. В. В. Лазоришина. – К.: Медицина, 2023 (оновлене видання 2025).
2. Медична психологія: підручник / За ред. О. П. Власенко. – К.: Медицина, 2024.
3. Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 «Про затвердження стандартів медичної допомоги» (зі змінами щодо психологічної підтримки персоналу, 2025).

#### **Додаткова:**

1. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness (Revised ed., 2013 з оновленнями).
2. WHO Guidelines on Mental Health at Work (2022–2025).
3. Germer C., Neff K. The Mindful Self-Compassion Workbook (2018–2025 updates).
4. European Resuscitation Council Guidelines 2025 (розділ Team Well-being & Mindfulness Practices).

### **Електронні інформаційні ресурси:**

1. <https://www.umassmed.edu/cfm/mindfulness-based-programs> (Center for Mindfulness – MBSR Resources).
2. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use> (WHO Mental Health at Work).
3. <https://www.erc.edu> (ERC Guidelines 2025 – Well-being & Mindfulness).
4. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо психологічної підтримки медпрацівників).

## ТЕМА

### АЛГОРИТМИ ВЗАЄМОДІЇ МЕДПРАЦІВНИК — ПАЦІЄНТ

**Мета:** Сформувати у здобувачів вищої освіти практичні навички швидкого вибору та застосування структурованих алгоритмів комунікації з пацієнтом у різних клінічних та емоційних ситуаціях (збір анамнезу, пояснення діагнозу/процедури, деескалація, відмова від лікування, повідомлення поганої новини, передача інформації в команді), розуміння, коли і як адаптувати алгоритм до стану пацієнта (біль, страх, агресія, когнітивні порушення, культурні особливості), а також уміння проводити дебрифінг після взаємодії з метою самоаналізу та покращення комунікативної компетентності відповідно до TeamSTEPPS 3.0, SPIKES, SBAR/I-PASS, CPI/Verbal Judo та наказів МОЗ України.

**Основні поняття (перелік питань):** алгоритм комунікації; SBAR; I-PASS; SPIKES; OPQRST; SAMPLE; AMPLE; активне слухання; емпатійне віддзеркалення; перефразування; асертивність; деескалація; вербальна деескалація; невербальна деескалація; техніка «забитої голки»; надання ілюзії вибору; слова-пастки; культурна чутливість; вікова адаптація; відмова від лікування; інформована згода; медична помилка; розкриття помилки; CANDOR; GRIEV\_ING; постінцидентний дебрифінг.

#### План:

##### 1. Контроль опорного рівня знань

- фронтальне опитування: основні алгоритми (SBAR, SPIKES, OPQRST, деескалація CPI); коли який застосовувати;
- тестові завдання: вибір алгоритму для конкретної ситуації («пацієнт у гострому болю», «відмова від операції», «агресивний родич», «передача важкого пацієнта»);
- розбір коротких кейсів: визначити, який алгоритм найбільш доречний і чому;
- перевірка розуміння слів-пасток та їх впливу на ескалацію.

##### 2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

- алгоритм SBAR та його модифікації (SBAR-R, ISBAR) — структура, приклади в невідкладній практиці;
- алгоритм I-PASS — коли та як застосовувати при передачі пацієнта між змінами;
- алгоритм SPIKES — покрокова структура повідомлення поганої новини;
- деескалаційні алгоритми (CPI, Verbal Judo, PMT) — етапи, ключові фрази, невербальні сигнали;
- алгоритм збору анамнезу в кризі (OPQRST для болю, SAMPLE для загального анамнезу);
- алгоритм пояснення процедури/лікування/ризиків (Tell-Show-Do, 3-етапне пояснення, перевірка розуміння);

- алгоритм роботи з відмовою від лікування/процедури (асертивна відмова + документування);
- особливості комунікації з різними типами пацієнтів (агресивний, наляканий, дезорієнтований, з деменцією, культурні меншини);
- постінцидентний дебрифінг після складної взаємодії (структура, мета, коли проводити).

Вибрати правильний вид розладів особистості:

Розлад особистості характеризується надмірною чутливістю до невдач, нездатністю пробачати образи, підозрілістю і схильністю до неадекватного сприйняття дійсності через трактування нейтральних чи дружніх дій оточення як ворожих або зневажливих. У таких осіб часто спостерігається впевненість у власній правоті, завищена самооцінка і надмірна зарозумілість. (параноїдальний, істеричний, уникаючий, шизоїдний, нарцисичний).

Розлад особистості характеризується відчуттям внутрішнього напруження, наявністю тривожних передчуттів, відсутністю відчуття безпеки і комплексом неповноцінності. Також їм притаманні уявлення про власну непривабливість, соціальну пристосованість, у зв'язку з чим виникає страх приниження, висміювання або відкидання, що стримує індивіда від соціальної або професійної взаємодії, пов'язаної зі значущими міжособистісними контактами (шизоїдальний, уникаючий, шизотиповий, параноїдальний, антисоціальний)

Для розладу особистості, відповідно до DSM-5, характерні неадекватно завищена самооцінка, віра у власну «винятковість», потреба в надмірній похвалі, демонстрація зверхньої поведінки і гордовитого ставлення до інших. Такі особи здебільшого використовують оточення для досягнення власної мети, не вміють співчувати, заздрять іншим і вірять, що й ті заздрять їм. Їх можуть охоплювати фантазії про необмежений успіх, владу, красу чи ідеальне кохання. Особам дуже важко усвідомлювати, що їхні можливості є такими самими, як і в решти людей: у таких випадках вони зазвичай відчувають гнів або сором, що може вилитися в агресію щодо оточення (залежний, нарцисичний, межовий, шизоїдний, уникаючий)

1 етап. Невелике есе, як ви представляєте простір для консультації.

Групова робота «Мозковий штурм» вироблення загального уявлення про простір, де проводиться консультація, комфортні стільці, розташування пацієнта та членів його сім'ї, відсутність перешкод, додаткові атрибути (вода, серветки), годинник, відношення до зовнішніх тригерів (телефон, незаплановані питання неочікуваних відвідувачів). Дискусія

2 етап. Ефективне активне слухання. Невербальні ознаки: кивання головою, відповідна міміка, жести, відкрита поза тіла, зоровий контакт, тон голосу + вираз обличчя, відповідний темп; вербальне -«угу», «так», Сократівський діалог. Використання вступних слів.

3 етап. Ланцюжки S-T-E-V Відображення почуттів пацієнта, емпатична відповідь.  
Використання техніки «Триступінчаста ракета»

4 етап. Запропонувати план лікування, який буде зрозумілий пацієнту.

5 етап. Завершення консультації, підсумки, домовленість про наступний візит.

5 ключових етапів клінічного інтерв'ю Class

Context- організація простору	<p>Для організації процесу консультування необхідні (організація простору: серветки, вода, тепле , світле приміщення, запропонувати пацієнтові сісти з торця столу, щоб стіл не був бар'єром. А родичі чи супроводжуючі можуть мережу трохи далі. організація лікаря: зовнішній вигляд лікаря (акуратний одяг, відкрита поза, зоровий контакт, доброзичливий тон голосу відповідає виразу обличчя ), зовнішні тригери (телефон на беззвучному режимі), внутрішнє налаштування- повага, емпатія, неосудливість, компетентність.</p> <p>Якщо є часові обмеження, повідомите пацієнта заздалегідь</p> <p>Встановлення контакту. З'ясування приводу для звертання. Лікар просить пацієнта розповісти про скарги, з'ясовуючи, чому пацієнт звернувся до лікаря саме сьогодні.</p> <p>Лікар уважно слухає, не перебиває, дозволяє пацієнту закінчувати розповідь</p> <p>Дослідження проблем пацієнта</p> <p>Активне слухання, уважна поведінка для побудови стосунків</p>
Listening skills	<p>Відкрита поза тіла, давати простір (відстань), зоровий контакт, тон голосу + вираз обличчя, відповідний темп</p> <p>Фасилітація заохочення: вербально/невербально – кивання головою , відповідна міміка, жести, «угу», «так»</p>
Ефективне слухання для сбіра інформації	<p>Відображення емоцій/почуттів</p> <p>Перефразування</p> <p>Відкриті питання, що переходять у закриті питання</p> <p>«Яка причина змусила Вас звернутися сюди?»</p> <p>«Як я можу Вам допомогти?»</p> <p>Повідомлення лікарем своїх думок, щоб висловити емпатію</p> <p>«Я можу зрозуміти, як Вам має бути страшно, усвідомлювати, що біль повертається»</p> <p>«Я розумію, як Вам важко про це говорити...»</p>

	<p>Намагатися зрозуміти думки пацієнта про хворобу. Ставлення пацієнта до хвороби. Очікування яку він хоче отримати допомогу. Наслідки, як проблема впливає на життя.</p>
<p>Acknowledge Дослідження, ідентифікація реакції пацієнта</p>	<p>Використання невербальної мови: зоровий контакт, міміка, постава, поза, жести, темп, гучність голосу, інтонація.</p> <p>Вербальна мова: перефразування, уточнення, прояснення</p> <p>Делікатність при огляді, залучення пацієнта- пояснення своїх дій при огляді.</p> <p>«Які у Вас є очікування?»</p>
<p>Strategy Пояснення та планування</p>	<p>Надати необхідну інформацію в потрібному обсязі та зрозумілій формі. Запитувати пацієнта, які ще відомості йому корисні. Уловлювання слів, жестів пацієнта на рекомендації лікаря. З'ясування думок, важливості рекомендацій лікаря для пацієнта Уникнення професійного жаргону. Давати письмову інформацію, інструкції. Розповісти про побічні дії. Розповідати докладно про майбутні обстеження. Зрозумілою мовою пояснювати, для чого вони потрібні і як, де отримати результати. Перевіряти розуміння пацієнтом даної інформації. Узгоджувати з пацієнтом плану лікування. Вирішити, який план лікування буде найкращим для пацієнта.</p>
<p>Summary- Завершення консультації</p>	<p>Підсумовувати обговорення чітко та лаконічно. Перевірити розуміння пацієнта. Запитайте, чи є у пацієнта ще якісь запитання до вас. Укласти чіткий договір про контрольний візит.</p>

1. Робота із фотографіями 1 етап.

2. Розглянемо ситуацію:

Пацієнт з дружиною заходять до кабінету.

Лікар: (виберіть правильну відповідь на фотографії)

- сидить за столом, жестом запрошує присісти. Дружина сідає навпроти кута столу лікаря, очі знаходяться на одному рівні з лікарем. А чоловік розташовується на кушетці в кінці кабінету.

- просить пацієнта та його дружину сісти так, щоб не було бар'єрів, і пацієнт був ближче, ніж його дружина, очі знаходяться на одному рівні з лікарем.

-пропонує сісти пацієнтові та його дружині напроти, по зворотний бік столу.

Дзвонить телефон. Медпрацівник: (виберіть правильну відповідь)

- бере трубку, попередньо вибачившись, що змушений відповісти на терміновий дзвінок;

- вибачившись, відключає звук телефону;
- телефон спочатку у беззвучному режимі.

Медпрацівник: «Як ви себе почуваєте?» ... «Розкажіть мені про це більше» Киває, показуючи, що уважно слухає. Пацієнт розповідає: « Біль у серці, це було всього раз- це дрібниця, дружина злякалася....»

Медпрацівник відповідає: (виберіть правильну відповідь)

«Я бачу, що ви посміхаєтеся, не хочете серйозно ставитися до болю, але я б порекомендував обстеження .Більшість людей це засмутить , ось ваша дружина, теж злякалась»

«Біль у серці небезпечний , він може довести до смерті»

«Більшість людей це засмутить , ось ваша дружина, теж злякалась»

З'ясуйте з пацієнтом його очікування щодо лікування та результату (розташуйте у правильному порядку)

- 1.Порекомендуйте стратегію, як діяти далі.
- 2.Оцінить реакцію пацієнта.
- 3.Запитайте, чи є у пацієнта ще якісь запитання до вас.
- 4.Домовтесь про зустріч після обстеження.
5. Назвати 3-5 ключових етапів ефективних дій медпрацівника:

А) Медпрацівник вітає, киває головою, відповідна міміка, відкрита поза тіла, зоровий контакт.

Пропонує сісти на стілець з торця столу.

Пацієнт: « В мене неприємні відчуття в голові». Розповідаючи, він потирає чоло и хмуриться.

Медпрацівник, уважно слухає його, помічає: «Я бачу, що ви хмуритесь, коли розповідаєте про стан свого здоров'я. Вас це турбує. Розкажіть мені про це більше»

Пацієнт: «Все почалося....»

Медпрацівник: «Давайте я поміряю тиск. А тепер я зможу виконати рекомендації вашого лікаря?... Ми будемо працювати разом, щоб подолати вашу проблему.»

Пацієнт: «Так, звісно. Дякую»

Медпрацівник: «Тоді я вас чекаю 10 вересня о 10.00. До зустрічі».

Б) Медпрацівник вітає, киває головою, зоровий контакт.

Пропонує сісти на стілець через стіл.

Пацієнт: «В мене неприємні відчуття в голові». Розповідаючи, він потирає чоло и хмуриться.

Медпрацівник: «Я зможу виконати рекомендації вашого лікаря?»

Пацієнт: «Так»

### **Теми доповідей / рефератів (за наявністю):**

- Порівняльна ефективність SBAR vs I-PASS у невідкладній медицині (доказова база 2020–2025).
- Адаптація SPIKES до різних вікових та культурних груп пацієнтів.
- Деескалаційні алгоритми CPI та Verbal Judo: ключові фрази та невербальні прийоми.
- Алгоритми збору анамнезу в умовах обмеженого часу та високого стресу.

### **3. Формування професійних вмінь та практичних навичок**

- симуляція збору анамнезу за OPQRST/SAMPLE у пацієнта з гострим болем у грудях;
- симуляція пояснення процедури/ризиків/прогнозу за 3-етапною моделлю (гострий інфаркт, необхідність стентування);
- симуляція деескалації агресивного пацієнта / родича (алкогольне сп'яніння, звинувачення у смерті);
- симуляція повідомлення поганої новини (рак, смерть близької людини, ампутація);
- симуляція відмови пацієнта від запропонованої операції — асертивне пояснення + документування;
- симуляція передачі важкого пацієнта колесі за SBAR/I-PASS;
- командна взаємодія: лікар + медсестра + пацієнт/родич — розподіл ролей при обговоренні плану;
- дебрифінг після кожного сценарію: аналіз використаного алгоритму, що вдалося, що можна покращити, емоційний стан учасника.

Під час заняття використовуються:

- високореалістичні манекени та стандартизовані пацієнти/родичі-актори з різними емоційними реакціями (біль, страх, агресія, заперечення);
- сценарії з різними віковими групами та культурними контекстами;
- чек-листи SBAR, I-PASS, SPIKES, OPQRST, деескалації CPI;
- форми інформованої згоди / відмови від лікування;
- відеозапис для аналізу під час дебрифінгу;
- професійні алгоритми TeamSTEPPS 3.0, WHO, МОЗ України.

4. **Підведення підсумків:** аналіз правильності вибору та виконання алгоритму в кожному сценарії; виявлення типових помилок (неструктурованість, ігнорування ICE, провокуючі фрази, недостатня емпатія); оцінювання практичних навичок; зворотний зв'язок за результатами симуляційних сценаріїв та дебрифінгу; рекомендації щодо щоденного використання алгоритмів у роботі.

## **Список рекомендованої літератури:**

### **Основна:**

1. Медицина невідкладних станів: підручник / За ред. В. В. Лазоришина. – К.: Медицина, 2023 (оновлене видання 2025).
2. Медична психологія: підручник / За ред. О. П. Власенко. – К.: Медицина, 2024.
3. Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 «Про затвердження стандартів медичної допомоги» (зі змінами щодо комунікації та безпеки персоналу, 2025).

### **Додаткова:**

1. TeamSTEPPS 3.0: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (AHRQ, 2023–2025).
2. Baile WF et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News (адаптації для клінічної практики).
3. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (3rd ed., 2023–2025).

### **Електронні інформаційні ресурси:**

1. <https://www.ahrq.gov/teamstepps> (TeamSTEPPS 3.0 – Communication Algorithms).
2. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety> (WHO Patient Safety – Communication).
3. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо комунікації та безпеки пацієнта).
4. <https://www.nursingtimes.net> (Nursing Times – Communication Skills articles).