

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ПРОФЕСІЙНА КОМУНІКАЦІЯ.
ПРОТОКОЛИ СПІЛКУВАННЯ
«ЛІКАР – ПАЦІЄНТ»**

Навчальний посібник

*За редакцією
професора В. Г. Марічереда*

Одеса • 2024 • Олді+

УДК 614.253:[159.9+316.77](075.8)
П84

Автори: О. П. Рогачевський, Є. В. Опря, Ю. Є. Белозерцева-Баранова,
О. С. Єгоренко, В. І. Онищенко, М. П. Первак

Рецензенти:

В. В. Огоренко – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету;

М. М. Пустовойт – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Івано-Франківського національного медичного університету, заслужений діяч науки і техніки України

Рекомендовано до друку Вченою радою
Одеського національного медичного університету
Міністерства охорони здоров'я України
(протокол № 5 від 25.01.2024 р.)

П84 Професійна комунікація. Протоколи спілкування «лікар – пацієнт» : навч. посіб. / О. П. Рогачевський, Є. В. Опря, Ю. Є. Белозерцева-Баранова [та ін.] ; за ред. проф. В. Г. Марічереда. – Одеса : Олді+, 2024. – 150 с. ; іл. + табл..

ISBN 978-966-289-862-0

У навчальному посібнику висвітлено основні принципи й методики спілкування лікаря з пацієнтом у різноманітних ситуаціях.

Для здобувачів вищої освіти, інтернів, лікарів усіх спеціальностей.

УДК 614.253:[159.9+316.77](075.8)

© О. П. Рогачевський, Є. В. Опря,
Ю. Є. Белозерцева-Баранова та ін., 2024
© Євгеній Кіріян, ілюстрації, 2024
© Дмитро Іщенко, відеоматеріали, 2024
© Олді+, 2024

ISBN 978-966-289-862-0

ЗМІСТ

| | |
|---|-----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І СКОРОЧЕНЬ | 5 |
| ПОДЯКИ | 7 |
| ЯК КОРИСТУВАТИСЯ НАВЧАЛЬНИМ ПОСІБНИКОМ | 8 |
| ВСТУП | 9 |
| РОЗДІЛ 1 КОРОТКА ІСТОРІЯ МЕТОДІВ КОМУНІКАЦІЇ | 12 |
| РОЗДІЛ 2 ПРОТОКОЛИ ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ КОМУНІКАЦІЇ | 19 |
| 2.1. Калгарі-Кембриджська базова модель медичної консультації | 26 |
| РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОЛОГІЇ СПІЛКУВАННЯ | 29 |
| 3.1. Основні принципи психології спілкування | 30 |
| 3.2. Власна особистість як інструмент | 30 |
| РОЗДІЛ 4 ПСИХОЛОГІЧНІ ТИПИ ЛЮДЕЙ | 33 |
| РОЗДІЛ 5 ІСТОРІЯ ГАННИ | 41 |
| 5.1. ГРВІ та протокол CLASS | 43 |
| 5.2. ГРВІ – не ГРВІ, емоції, протокол BUSTER і алгоритм CONES | 64 |
| 5.3. Вирок – не вирок. Чудеса протоколу SPIKES | 90 |
| РОЗДІЛ 6 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЇ ХВОРОЇ ЛЮДИНИ | 108 |
| РОЗДІЛ 7 ПРОБЛЕМИ І ВИКЛИКИ ПРИ СПІЛКУВАННІ З ПАЦІЄНТАМИ | 121 |
| 7.1. Підозріливий пацієнт | 122 |
| 7.2. Сердитий, злий або налаштований пацієнт | 123 |
| 7.3. Тривожний пацієнт | 124 |
| 7.4. Іпохондричний пацієнт | 125 |
| 7.5. Пригнічений або сумний пацієнт | 126 |
| 7.6. Маніпулятивний пацієнт | 127 |
| 7.7. Замкнутий пацієнт | 128 |
| 7.8. Балакучий пацієнт | 129 |

| | |
|--|-----|
| ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ | 130 |
| ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ..... | 131 |
| СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ | 136 |
| СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ..... | 142 |
| ДОДАТОК А | |
| QR-код посилання на відеоогляд протоколу CLASS..... | 147 |
| ДОДАТОК Б | |
| QR-код посилання на відеоогляд протоколу BUSTER і алгоритму CONES | 147 |
| ДОДАТОК В | |
| QR-код посилання на відеоогляд протоколу SPIKES. Сповіщення поганих новин під час консультування пацієнта..... | 148 |
| ДОДАТОК Г | |
| QR-код посилання на відеоогляд непрофесійної поведінки лікаря під час консультування пацієнта..... | 148 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І СКОРОЧЕНЬ

| | | |
|--------|---|---|
| ГРВІ | – | гостре респіраторне вірусне захворювання |
| МКХ-10 | – | Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду |
| МОКПТ | – | майндфулнес-орієнтована когнітивно-поведінкова терапія |
| BUSTER | – | BE prepared (Підготуйся), USE nonjudgmental listening (Використання неупередженого слухання), SIX second rule (Правило шести секунд), TELL me more (Розкажи мені більше), EMPATHIZE and validate (Співпереживання та підтвердження), RESPOND with a wish statement (Завершення консультації й рекомендації). Протокол використовується при складних емоційних розмовах з пацієнтом та його родичами |
| CLASS | – | CONTEXT (Організація простору), LISTENING skills (Ефективне слухання), ACKNOWLEDGE (Дослідження та ідентифікація реакції пацієнта), STRATEGY (Пояснення та планування), SUMMARY (Завершення консультації). Базовий протокол спілкування «лікар – пацієнт» |
| CONES | – | CONTEXT (Організація простору), OPENING short (Отримання дозволу на обговорення), NARRATIVE approach (Хронологія), EMOTIONS (Емпатична реакція), STRATEGY (Вибір конкретного плану дій). Протокол використовується при медичних помилках, погіршенні стану пацієнта, розмові з родичами померлого |
| DSM-5 | – | Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders of the 5 th edition (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів 5-го перегляду) |
| EVE | – | EXPLORE the emotion (Досліджуйте емоції), VALIDATE the emotion (Підтвердьте емоції), EMPATHIC response (Емпатична відповідь). Протокол використовують у разі прояву сильних емоцій у пацієнта та його родичів для підтримки та стабілізації стану |
| ISBAR | – | IDENTIFICATION (Ідентифікація), SITUATION (Ситуація), BACKGROUND (Фон), ASSESSMENT (Оцінка), RECOMMENDATION (Рекомендації). Протокол використовується для передачі інформації між медичними працівниками з метою забезпечення структурованого та чіткого обміну даними про стан пацієнта, наприклад, при переведенні пацієнта до іншого медичного закладу |

ПОДЯКИ

- SBAR – SITUATION (Ситуація), BACKGROUND (Фон), ASSESSMENT (Оцінка), RECOMMENDATION (Рекомендації).
Протокол використовується медичними працівниками для передачі інформації про пацієнта, зокрема під час зміни або передачі відповідальності, наприклад, при передаванні зміни у відділенні одною медичною сестрою іншій.
- SMART – SPECIFIC (Конкретний), MEASUREABLE (Об’єктивний), ACHIEVABLE (Досяжний), RESOURCED (Забезпечений ресурсами), TIMED (Вчасний).
Правило формування цілей
- SPIKES – SETTING up the interview (Організація співбесіди), Assessing the Patient’s PERCEPTION (Оцінка розуміння пацієнтом серйозності свого стану), obtaining Patient’s INVITATION (Отримання дозволу на обговорення), Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient (Надання інформації пацієнту), Addressing the Patient’s EMOTIONS with Empathic Responses (Співчутливе ставлення до емоцій пацієнта, емпатична реакція), STRATEGY and SUMMARY (Пояснення та планування. Завершення консультації).
Протокол сповіщення поганих новин
- TIMER – THINK Through the Encounter (ahead of time) (Приготуйтеся до розмови заздалегідь), INTRODUCE Issues (Розкажіть про проблеми), MANAGE the Discussion (Керуйте обговоренням), ESTABLISH a Plan and Expectations (Створіть план і сформулюйте очікування від нього), REVISIT and Give Feedback (Перегляньте справу та надайте зворотний зв’язок).
Протокол використовується для ефективної взаємодії в робочому колективі з приводу важливих питань дисципліни та взаємовідносин

Висловлюємо щирі подяку Ганні Марчук за дозвіл зробити історію її життя з тяжкою хворобою основою цього навчального посібника.

Висловлюємо окрему подяку Дуковій Марії, Садовій Анастасії, Бурлак Дар’ї та здобувачам вищої освіти 6 курсу Одеського національного медичного університету за активну участь у створенні відеокоміксів.

ЯК КОРИСТУВАТИСЯ НАВЧАЛЬНИМ ПОСІБНИКОМ

Шановні читачі! Цей навчальний посібник є особливим. Враховуючи те, що не всі нюанси невербального спілкування, тону голосу та інтонації можна чітко передати в тексті, а саме вони є відображенням «мистецтва комунікації», ми вирішили супроводити текст додатковими ілюстраціями та відеороліками. Для всіх відеоматеріалів вказані QR-коди, посилання на які демонструють окремі відеороліки для кожної ситуації.

Сподіваємося, що засвоєння навичок спілкування за допомогою нашого навчального посібника стане для вас приємною пригодою.

ВСТУП

Медична допомога міжособистісна за визначенням — одна людина шукає допомоги в іншій. Без ефективної комунікації медична допомога в кращому разі неефективна, в гіршому — небезпечна.

*ЕНТОНІ Л. САЧМЕН, доктор медицини
Рочестерського університету (США)*

До написання цього навчального посібника нас надихнула історія Ганни, рідної сестри нашого колеги. Ми щиро вдячні Ганні за дозвіл опублікувати її історію як дуже корисний досвід для багатьох фахівців. Хоча для більшої наочності ми внесли деякі корективи в поведінку та висловлювання лікарів, навіть щось додали, але загалом вся історія описана правдиво.

Ганна — молода, вродлива та життєлюбна жінка 38 років, спілкування з якою було дуже приємним. Знайомство відбулося під час святкування дня народження нашого колеги. Ніщо навіть не натякало на існування у Ганни тієї хвороби, про яку ми дізналися трохи пізніше. Єдине, що відрізняло її від інших присутніх на святі, — Ганна зовсім не вживала алкоголю. На звичайне в такій ситуації запитання про очікування дитини, вона відповідала лише посмішкою. Потім, у процесі спілкування, вона розповіла свою історію, яка й стала основою цієї книги.

Безумовно, дуже велике значення для перебігу хвороби має психологічний стан та особливості характеру самого пацієнта, про це написано чимало статей та монографій. Проте історія Ганни навела нас на думку, що не все так просто, і якщо б вона потрапила до іншого лікаря...

Тому ми вирішили розібратися, кого пацієнт назве «добрим лікарем», а кого «не дуже», та яке надважливе значення для усього подальшого життя пацієнта може мати поведінка лікаря або навіть одна фраза, в окремій ситуації.

Ми поставили за мету розкрити важливі секрети професії лікаря, яким більшість фахівців не приділяє належної уваги, але які повинні бути каркасом стосунків «лікар – пацієнт» та основою успішного лікування.

Можемо сказати з упевненістю, що мистецтво професійного спілкування з пацієнтом необхідне лікарю не менше, ніж професійні знання, клінічне мислення та практичні вміння, адже емоції пацієнта, які не проявлені, можуть зробити всі зусилля лікаря абсолютно марними. У багатьох випадках без навичок ефективної комунікації не впоратись. Ми розглянемо важливі моменти комунікації, без яких якісна допомога пацієнтові просто неможлива. Ви також зрозумієте, що ефективність поведінки лікаря має принципове значення для подальшого перебігу захворювання, а неефективна поведінка не тільки зведе нанівець результати навіть найкваліфікованішої консультації, а й призведе до неочікуваних негативних наслідків.

Ми познайомимо вас з протоколами поведінки лікаря, які значно підвищують якість допомоги пацієнту та здатні покращити його самопочуття (навіть якщо ви маєте справу із захворюванням, яке лікуванню не піддається). Ви познайомитеся з базовим протоколом спілкування «лікар – пацієнт» CLASS; алгоритмом взаємодії CONES, який допомагає при медичних помилках, погіршенні стану пацієнта, спілкуванні з рідними пацієнта та при повідомленні про його смерть; протоколом BUSTER, що дає змогу успішно вирішувати складні емоційні ситуації (наприклад, з незадоволеним пацієнтом); а також найскладнішим протоколом SPIKES, який в усьому світі є «золотим стандартом» спілкування за необхідності повідомлення поганих новин пацієнтові або його представнику та потребує від лікаря всієї майстерності з комунікації.

Ми також надамо декілька інструментів психологічного самозахисту для лікаря, який теж може дістати психологічну травму після спілкування з окремими типами пацієнтів. У додатках ви можете ознайомитися з QR-кодами посилання на відеоогляд цих протоколів.

На конкретних прикладах ми розкриємо та продемонструємо всю систему стосунків «лікар – пацієнт». Більш за все на поведінку людини чинить вплив інших людей. Тут мова піде про орієнтири, на які ви можете покладатися під час побудови терапевтичного альянсу. Будь-який лікар бажає, щоб його зусилля не були марними: щоб пацієнт виконував рекомендації та одужував, лікування допомагало, а він відчував себе ефективним фахівцем. Тут ви зможете ознайомитись із прикладами, як неефективна комунікація лікаря може послужити перешкодою для надання допомоги пацієнту: призводити до виснажливих розмов і навіть конфліктів, відмови від лікування.

Для хворого відвідування лікаря – це не тільки отримання рецепта або оперативне втручання, а насамперед співчуття, набуття впевненості в одужанні або збереженні якості життя, а також доброзичливий погляд та уважне слухання. Кабінет лікаря повинен бути для пацієнта місцем, де можна отримати підтримку, відверто говорити про прогнози, ускладнення, побічні ефекти від лікування.

Перед лікарем стоїть дуже складне завдання: за короткий проміжок часу необхідно проявити професійну майстерність і водночас створити атмосферу довіри та співпраці з хворим. Тихий безпечний простір, установлення та підтримка контакту з пацієнтом – ось що сприяє створенню цієї атмосфери. Збираючи необхідну інформацію стосовно проявів хвороби, уточнюючи, що пацієнт думає стосовно неї – які є очікування або побоювання, лікар повинен допомогти пацієнту більш вдумливо ставитись до свого здоров'я та виконувати всі рекомендації. Лікар, крок за кроком розглядаючи складні ситуації, має звертати увагу й на мову тіла (так звані невербальні знаки), тим самим розпізнаючи сигнали хвилювання або агресії пацієнта.

Ми допоможемо вам зрозуміти та навчитися будувати всі ці складні стосунки між лікарем і пацієнтом, які виникають під час консультування, продемонструємо основні психологічні інструменти лікаря: вербальні та невербальні навички спілкування, навички активного слухання. Окрім цього, приділимо увагу власним почуттям та реакціям, які іноді втручаються в діалог, змінюючи поведінку. Ці фактори не залишаться непоміченими, і ми розглянемо ситуації, коли вони можуть кардинально змінити хід, динаміку консультації та її результати. Ось чому важливо вчитися усвідомлювати та контролювати свої емоції, стабілізувати важкий психологічний стан. Вміння лікаря використовувати свою особистість як інструмент – про це та багато іншого в цьому навчальному посібнику.

Крім історії Ганни та коментування поведінки всіх учасників цієї історії, ми вважаємо доцільним розповісти про появу та розвиток уявлень про психологію комунікації з самої давнини, що, на нашу думку, не тільки збільшить фундаментальність та значущість цього посібника, а й продемонструє реальне місце мистецтва спілкування в нашому житті.

Розділ 1

КОРОТКА ІСТОРІЯ МЕТОДІВ КОМУНІКАЦІЇ

Люди почали намагатися спілкуватися один з одним з того моменту, коли усвідомили, що вони є окремими один від одного створіннями. Тому історія методів комунікації почалася з появою першої людини та охоплює тисячоліття розвитку способів передачі інформації між людьми: від первісних племінних знаків до сучасних цифрових технологій. Вся історія демонструє, як людство намагалося зробити комунікацію більш ефективною та доступною. Одним з найцікавіших фактів є те, що жоден базовий тип комунікації, який з'являвся, не зник з часом: він міг трансформуватися, але не зникнути, й активно використовується й дотепер. Ми не будемо дуже докладно занурюватися в подробиці розвитку засобів та методів комунікації — нехай це роблять історики, ми лише наведемо ключові етапи.

Усна передача інформації. Спочатку люди передавали інформацію за допомогою жестів, поз, виразу обличчя та інтонацією окремих звуків, тобто в такий спосіб, як і тварини. Тому не вважатимемо цей спосіб першим у спілкуванні людей. Справжнім людським способом спілкування стали набори звуків, які склалися усвідомлено, мали чіткий сенс й згодом почали називатися «слова». Після появи слів інформація від однієї людини до іншої передавалася усно. Усні історії, легенди та знання передавалися з покоління в покоління.

Коли люди зрозуміли, що усна передача інформації може дуже її спотворювати, вони почали намагатися якось закріпити основний сенс й саме тоді довелося винайти **писемні символи**. З розвитком писемності люди створювали символи та письмена для фіксації інформації. Спочатку це були піктограми, потім ієрогліфи, а згодом алфавіти. Найдавнішими пам'ятками писемності вважаються записи на кістках тварин і панцирах черепах у неолітичному поселенні в гротах Кам'яної Могили в провінції Хенань у Китаї, які мають вік приблизно 8 тис. років (шумеролог А. Г. Кифішин датує їх VII–III тисячоліттями до Різдва Христового).

Коли людство зрозуміло, як можна фіксувати інформацію, з'явилося нове питання — на чому її розміщувати краще для тривалого зберігання та легкої передачі. Саме у відповідь на цей виклик найкращим винаходом стали **папірус і пергамент**. У Давньому Єгипті та Месопотамії були розроблені перші їхні варіанти. Це дало змогу зберігати та передавати інформацію на довгі відстані.

Наступним кроком у розвитку комунікації можна вважати **книгодрукування**. Винайдення книгодрукування Гутенбергом в XV ст. зробило революцію в обміні та передаванні інформації. Книги стали більш доступними, що значною мірою вплинуло на швидкість розповсюдження знань.

Коли зафіксована на зручному носії інформація посіла своє законне місце, перед людством постав новий виклик: як зручніше передавати один одному цю інформацію, особливо якщо ти не хочеш, щоб вона десь втрапилася на шляху. Так прийшлося винайти **пошту**, яка відкрила наступний етап в історії комунікацій. З розвитком шляхів сполучення, у тому числі покращених поштових систем, люди змогли обмінюватися листами та повідомленнями на великі відстані.

У XIX ст. було винайдено новий зручний та швидкий спосіб передачі інформації — з'явився **телеграф**, проте людство не зупинилося на розвитку лише писемної комунікації. Більшість людей бажали спілкуватися усно, але великі відстані заважали їм. Тому одночасно з телеграфом довелося винайти й **телефон**. Телеграф і телефон надали можливість передавати повідомлення за допомогою електричних сигналів. Це був важливий крок у розвитку миттєвої комунікації на великі відстані.

Наступний революційний крок у передачі та збереженні інформації зробили винахідники **радіо і телебачення**. Розвиток радіо та телебачення у XX ст. дав змогу передавати звукові та візуальні інформаційні меседжі масовій аудиторії.

Але ж і цього людству здавалося замало, тому в другій половині XX ст. було винайдено **персональні комп'ютери та Інтернет**. З їхньою появою змінилася сама комунікаційна парадигма. Електронна пошта, соціальні мережі, вебсайти та інші цифрові інструменти зробили комунікацію швидкою, глобальною та доступною для всіх.

Коли прийшло повне розуміння можливостей Інтернету та з'явилися технології, які дали змогу значно зменшити розміри

складових для комп'ютерної та іншої техніки, настав час **мобільних, бездротових та дистанційних технологій**. Розвиток мобільних телефонів і смартфонів надав можливість людям залишатися підключеними практично завжди і всюди, що привело до нових форм комунікації, таких як текстові повідомлення, додатки для обміну повідомленнями тощо.

Втім, швидкість розвитку технологій, азарт, зростаюча з кожним роком потреба в передачі все більших обсягів інформації та бажання потрапити до якогось небаченого світу привели до появи й активного розвитку **штучного інтелекту, віртуальної та доповненої реальності**, що можуть сприяти виникненню нових способів інтерактивної комунікації, які ще перебувають на етапі експерименту.

Безумовно, розвиток методів комунікації значною мірою впливав на всі галузі діяльності. Винятком не стала й медицина. Історія розвитку професійного медичного спілкування крокує поруч з розвитком історії людства та методів комунікації. Вона налічує багато етапів і змін, пов'язаних зі зростанням медичних знань, технологій та змінами в суспільстві. Проте завданням цього посібника є навчання сучасних методів спілкування між лікарем і пацієнтом, тому в даному розділі ми наведемо лише деякі ключові моменти та етапи, а ті, хто зацікавиться цим питанням, зможуть знайти більш поглиблену інформацію самостійно.

Засоби та способи спілкування між лікарем і пацієнтом завжди відповідали особливостям життєдіяльності в різні історичні епохи розвитку людства.

Давність та середньовіччя. У давнину медичні знання передавалися переважно усно від майстра до учня. Лікарі навчалися практичних навичок без формальної освіти. В античних цивілізаціях, таких як Давня Греція та Римська імперія, взаємодія між лікарем і пацієнтом відбувалася переважно у формі бесіди. Гіппократ та інші лікарі вчилися спостерігати за симптомами, слухати скарги пацієнтів. У середньовіччі медицина знаходилася під впливом релігійних переконань, лікарі широко користувалися молитвами й амулетами. Комунікація була значно обмеженою. Важливу роль за тих часів у спілкуванні між лікарем і пацієнтом відігравали лікарські записи, де фіксувалися результати спостережень і лікування.

Епоха Відродження (Renaissance). У цей період відбувся певний зліт у розвитку медичної науки, зокрема анатомії та фізіології.

З'явилися перші наукові журнали, в яких лікарі публікували свої дослідження та спостереження. Таким чином, під час Ренесансу значно зросла роль наукового методу в медицині. В університетах з'явилися перші медичні факультети. Лікарі почали більше покладатися на спостереження, дослідження і лабораторні експерименти. Комунікація між лікарем і пацієнтом почала бути більш систематичною.

XVIII–IX століття. Зростання наукових знань і розвиток медичних університетів привели до більшої структуризації та формалізації медичної освіти. Лікарі почали використовувати наукові методи дослідження, а спілкування на тему медичних питань стало більш науковим і обґрунтованим. Проте комунікація з пацієнтом все ще залишалася формальною і віддаленою.

XX століття. Розвиток технологій сприяв розширенню можливостей комунікації. Винайдення телефону та радіо, а пізніше телевізора дали змогу лікарям поширювати медичні поради та інформацію на великі аудиторії. У другій половині минулого століття, після Другої світової війни, була усвідомлена й значно зросла важливість спілкування лікарів і пацієнтів. Розвиток етики медичної практики сприяв більш відкритому та довірливому спілкуванню.

Сучасність. З появою Інтернету відбулася справжня революція в медичній комунікації. Лікарі почали вести блоги, створювати відеоуроки, публікувати наукові статті в онлайн-журналах. З'явилися спеціалізовані медичні форуми, де фахівці можуть обговорювати клінічні випадки та обмінюватися досвідом. Сьогодні медичне спілкування відбувається на багатьох рівнях. Лікарі використовують соціальні мережі для освіти пацієнтів та спілкування з колегами. Телемедицина дає можливість проводити консультації на відстані, а штучний інтелект допомагає аналізувати медичні дані. Отже, у сучасному світі комунікація між лікарем і пацієнтом стала ключовим аспектом як клінічної медицини, так і діагностики. Нині лікарі в усьому світі навчаються не лише лікувати хвороби, а й слухати та чути пацієнта, пояснювати йому діагноз та опції лікування, а також зважати на його психотип, побажання та цінності.

Таким чином, спілкування між медичними фахівцями і пацієнтами протягом історії людства зазнало значних змін. Звісно, лікарський процес завжди мав складову психологічної взаємодії між лікарем і пацієнтом. Однак у минулому це більше ґрунтувалось на авторитеті

лікаря та нормах професійності, ніж на вивченні психологічних аспектів спілкування. Лише в середині ХХ ст. розпочалася активна робота над розробкою психологічних підходів до спілкування з пацієнтами. Піонером психологічного підходу в професійному медичному спілкуванні можна вважати лікаря Карла Роджерса, який розробив підхід «клієнтоорієнтованої терапії», акцентований на важливості емпатії, слухання та розуміння пацієнта.

Одночасно з розвитком клієнтоорієнтованої терапії та поширенням розуміння взаємозв'язку між психічним і фізичним станом людини в середині ХХ ст. з'явилася психосоматична медицина. Це привело до більшого акценту на важливості психологічної складової у лікуванні та спілкуванні з пацієнтами.

З часом з'явилися дослідження, що підтверджували вплив якості спілкування на результати лікування. Цьому була дана назва «ефективність спілкування». Лікарі почали усвідомлювати, що налагоджене та довірче спілкування може покращити відновлення пацієнта.

Від 80-х років ХХ ст. також розпочалася активна кампанія з підвищення обізнаності пацієнтів щодо їхніх прав і можливостей. Так з'явилося поняття «інформованість пацієнта». Це додатково підкреслило важливість відкритого та зрозумілого спілкування з лікарями.

Нині психологічні методи спілкування набули більшої складності та різноманітності. Інтерактивне спілкування, використання навичок активного слухання, демонстрація емпатії та підтримки є необхідними атрибутами взаємодії лікаря і пацієнта.

Сьогодні навчальні програми в медичних університетах приділяють більше уваги навчанню майбутніх лікарів комунікаційних навичок. Лікарі навчаються ефективно спілкуватися, пояснювати складні медичні поняття зрозуміло та підтримувати пацієнтів у складних ситуаціях.

Сучасні технології, такі як телемедицина та електронні медичні записи, також вплинули на спосіб спілкування між лікарем і пацієнтом. Це потребує адаптації комунікаційних стратегій до віртуальних середовищ.

Усі ці етапи разом сприяли еволюції спілкування між лікарем і пацієнтом від традиційного медичного підходу до більш психологічно обґрунтованого.

Як зберегти ту невід'ємну цілющу силу ефективного спілкування в наші дні, в епоху телемедицини та електронних технологій, коли спілкування між лікарем і пацієнтом потребує особливої уваги до деталей? Як забезпечити якісну медичну допомогу та зберегти довіру між лікарем і пацієнтом? Для цього, насамперед, необхідно пам'ятати, про основні фактори, які забезпечують ефективність спілкування.

Конфіденційність і безпека даних. Перш за все, пацієнт має бути впевненим, що для лікаря дуже важливо забезпечити конфіденційність та безпеку обміну медичною інформацією під час електронних консультацій. Тому використання саме надійно захищених платформ для обміну даних і дотримання вимог до захисту особистої інформації мають бути пріоритетними для лікаря та забезпечують впевненість пацієнта у безпеці.

Чіткість і доступність. Використовуйте просту та зрозумілу мову, уникаючи медичних термінів, які пацієнт може не розуміти. Пояснюйте медичні терміни, якщо це потрібно. Забезпечте доступність до інформації пацієнта з використанням онлайн-порталів, де вони можуть переглядати свої медичні записи та результати обстежень.

Ефективне планування. Забезпечуйте можливість пацієнтам реєструватися на консультації онлайн за попереднім записом. Це допоможе уникнути зайнятості та забезпечити продуктивний час для кожного пацієнта.

Візуальний контакт. Якщо консультування пацієнта можна провести дистанційно, намагайтеся зробити це за допомогою відеозв'язку. Використання відеоконференційних засобів дає змогу лікарю та пацієнту бачити одне одного, що допомагає встановити особистий зв'язок. Обличчя може виражати багато інформації, яку не завжди можна передати словами.

Активне слухання. Пам'ятайте про важливість активного слухання. Давайте пацієнту можливість розповісти про свої скарги і поставити питання, переконайтеся, що ви їх зрозуміли вірно, уточнюйте інформацію, якщо це необхідно.

Збереження зв'язку. Після консультації пацієнт завжди має отримати від лікаря короткий підсумок обговореного у вигляді діагнозу, плану дій, рекомендацій. Це допомагає уникнути непорозумінь і забезпечує адекватність лікування.

Урахування особливостей особистості. Враховуйте культурні, мовні та фізичні особливості пацієнта. Дотримуйтесь культурної чутливості та намагайтеся забезпечити доступ до телемедицини навіть для тих, хто може мати обмежений доступ до технологій.

Запитання та зворотний зв'язок. Заохочуйте пацієнта запитувати та надавати зворотний зв'язок щодо досвіду використання телемедицини. Це допоможе вам вдосконалити процес спілкування.

Навчання та інформування. Надавайте пацієнтам надійну медичну інформацію та ресурси для самонавчання щодо їхнього стану та лікування.

Таким чином, спілкування в епоху телемедицини має бути ефективним, конфіденційним і гуманним, з урахуванням усіх особливостей пацієнта та використанням доступних технологій дистанційної медичної допомоги.

Розділ 2

ПРОТОКОЛИ ПРОФЕСІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

Протоколи професійної комунікації – це стандартизовані методи та правила спілкування, які використовуються в різних професійних сферах з метою забезпечення ефективності, чіткості та розуміння взаємодії між різними сторонами. Вони допомагають зменшити непорозуміння, покращити взаємодію та виконання завдань. Ці протоколи можуть регламентувати взаємодію керівника медичного закладу з іншими працівниками, працівників медичного закладу один з одним, з працівниками іншого медичного закладу або взаємодію медичного працівника з пацієнтом або з його родичами.

Основними протоколами стандартної комунікації між працівниками медичного закладу, які визнані «золотими стандартами» в більшості розвинених країн, є SBAR та ISBAR.

SBAR: Ситуація, Повідомлення, Оцінка, Рекомендації. Використовується медичними працівниками для передачі інформації про пацієнта, зокрема під час зміни або передачі відповідальності.

Ця аббревіатура використовується в медичних установах для структурованої передачі інформації між медичними працівниками, зокрема під час передачі відповідальності або важливої інформації про стан пацієнта. Протокол допомагає забезпечити чіткість, консолідацію і ефективність комунікації у ситуаціях, коли важливо швидко та точно передати інформацію, і означає таке:

Situation (Ситуація): поточна ситуацію та контекст, де відбувається взаємодія, може включати ідентифікацію пацієнта, вказівку на те, що відбувається в даний момент.

Background (Фон): історія пацієнта, його стан до цього моменту, раніше виниклі проблеми здоров'я та інші важливі медичні дані, які необхідно знати для розуміння поточної ситуації.

Assessment (Оцінка): медична оцінка або діагноз пацієнта, може включати будь-які показники стану пацієнта, результати обстежень або лабораторних аналізів.

Recommendation (Рекомендації): рекомендації та дії, які пропонуються для пацієнта, може включати план лікування, конкретні заходи, яких потрібно вжити, та відповідальних за них.

Цей протокол створений для того, щоб забезпечити структурований підхід до передачі медичної інформації, особливо в умовах підвищеної нагальності або при передачі обов'язків серед медичного персоналу. Він допомагає забезпечити консистентність і повноту інформації, що передається, та знижує ризик непорозумінь або пропусків у медичних деталях.

ISBAR: Ідентифікація, Ситуація, Повідомлення, Оцінка, Рекомендації. Використовується для забезпечення структурованого обміну інформацією між медичними працівниками.

Це ще один протокол медичної комунікації, який використовується для передачі інформації між медичними працівниками з метою забезпечення структурованого та чіткого обміну даними про стан пацієнта. Цей протокол заснований на п'яти складових і має на меті полегшення ефективної передачі медичної інформації. Він означає:

Identification (Ідентифікація): вказівка на себе і пацієнта, зокрема повне ім'я та інші ідентифікаційні дані, які підтверджують, що ви маєте справу з реальним пацієнтом.

Situation (Ситуація): описує поточний стан пацієнта, наприклад, чому ви контактуєте, що сталося, які питання або проблеми виникли.

Background (Фон): надає важливі дані про пацієнта, його стан до цього моменту, раніше виниклі проблеми, діагнози та рекомендації.

Assessment (Оцінка): оцінює поточний стан пацієнта на основі ваших спостережень та об'єктивних даних.

Recommendation (Рекомендації): вказує на конкретні дії, які ви рекомендуєте або пропонуєте щодо пацієнта: план лікування, рекомендації для додаткових досліджень або обстежень тощо.

Цей протокол сприяє ефективності медичної комунікації, допомагаючи стандартизувати передачу інформації та забезпечити повноту й чіткість обміну між медичними працівниками. Це особливо важливо в ситуаціях, коли необхідно швидко передати важливі дані про пацієнта або здійснити зміну відповідальності за догляд.

TIMER: Приготуйтеся до розмови заздалегідь, Розкажіть про проблеми, Керуйте обговоренням, Створіть план і сформулюйте очікування від нього, Перегляньте справу та надайте зворотний зв'язок.

Доволі розповсюджений в медичній сфері європейських країн і США діловий протокол комунікації. Він використовується для ефективної взаємодії в робочому колективі з приводу важливих питань дисципліни та взаємовідносин. Складовими протоколу є кілька кроків, перші літери назви яких складають його назву.

Think Through the Encounter (ahead of time) (Приготуйтеся до розмови заздалегідь): продумайте питання, які вам хотілося б обговорити на зустрічі. Переконайтеся, що ви маєте всю необхідну інформацію для розмови. Погодьте свою позицію з керівництвом та заручіться підтримкою. Відрепетируйте слова, які вам хотілося б сказати, щоб емоції, які можуть виникнути через хвилювання, не завадили і ви не відхилилися від теми розмови. Визначте для себе часові рамки.

Introduce Issues (Розкажіть про проблеми): для цього створіть комфортний простір (підготуйте зручні стільці, крісла, забезпечте відсутність відволікальних факторів), уточніть готовність колег до розмови. Підтримуйте невербальний контакт протягом усієї зустрічі (положення тіла, міміка, тон, темп мовлення, візуальний контакт, кивки). Чітко сформулюйте проблему, щоб уникнути захисної реакції – про це ми дуже уважно поговоримо в основній частині навчального посібника. Прикладом початку розмови може бути таке: «Я хотіла б обговорити з Вами важливу, як на мене, тему. Ви не заперечуєте? Мене непокоїть Ваша взаємодія з колегою...».

Manage the Discussion (Керуйте обговоренням): зосередьтеся на тому, що каже співрозмовник, намагайтеся зберігати спокій. Цей крок потребує дотримання певних правил:

- будьте об'єктивними;
- використовуйте такі терміни, як «докладніше», щоб уточнити інформацію;

— дайте зрозуміти колезі, що співчуваєте йому, але уточнюйте, чому ситуація викликала в нього саме такі почуття та таку реакцію (наприклад: «Ви кажете, що відчуваєте, що з Вами обійшлися несправедливо, чи можете Ви розповісти більше, що Ви маєте на увазі?»);

— скористайтеся правилом 6 секунд при «загостренні» емоцій;

— використовуйте емоційне приєднання: «Я чую Ваш розгніваний голос, Ви кажете про неприпустиму поведінку колеги...» або «Я бачу, це було для Вас несподівано, Вам важко слухати мої слова»;

— висловлюйте побажання: «Я хотів би змінити це», «Я не хотів би повертатися до цієї розмови».

Establish a Plan and Expectations (Створіть план і сформулюйте очікування від нього): складіть спільний план, який буде ефективним для розв'язання проблеми. При цьому обов'язково залучайте колегу (наприклад, такою фразою: «Як Ви гадаєте, що можна зробити в ситуації...»), чітко сформулюйте для нього свої очікування (наприклад: «Важливо, що ми дійшли такого рішення разом», «Які Ви можете зробити кроки, щоб уникати подібних ситуацій? Розкажіть конкретно»).

Revisit and Give Feedback (Перегляньте справу та надайте зворотний зв'язок): підтримуйте це фразами схвалення, наприклад: «Я ціную Ваші зусилля». Якщо після розмови нічого не змінилося, на цьому етапі слід дотримуватися таких правил:

— позначте проблему: «Я бачу, що Ви не приходите на роботу вчасно»;

— дослідіть проблему: «Я хочу уточнити, що заважає Вам виконувати нашу угоду?»;

— ще раз сформулюйте необхідність покращення: «Це важливо для нашого колективу, давайте обговоримо ще раз, як можна виправити ситуацію»;

— чітко сформулюйте наслідки невиконання домовленостей попередньої розмови: «Я намагаюся уникнути покарання. Ви талановитий співробітник, але є умови продовження нашої спільної роботи».

SMART: Конкретний, Об'єктивний, Досяжний, Забезпечений ресурсами, Вчасний.

Цілі розмови повністю розкриваються саме на цьому кроці. Для того щоб вони були адекватними та прийнятими для вашого співрозмовника, ми рекомендуємо використати правило формування цілей SMART:

Specific (Конкретний).

Measurable (Об'єктивний).

Achievable (Досяжний).

Resourced (Забезпечений ресурсами).

Timed (Вчасний).

Після узгодження сформованих цілей, плану та очікувань необхідно все це підсумувати (наприклад, фразою «Отже, ось що ми вирішили...»).

Насамкінець потрібно визначити терміни наступної зустрічі за підсумками розмови.

Володіння цими протоколами (правилами) завжди допомагає вірно розподіляти ролі, уникати непорозумінь, забезпечувати структурований та ефективний процес комунікації в різних професійних сферах.

Крім професійної комунікації всередині колективу, для лікаря вкрай важливим є вміння ефективно спілкуватися зі своїми пацієнтами. Більшість протоколів ми розберемо в основній частині цього навчального посібника, а в цьому розділі наведемо як приклад один з найкорисніших протоколів спілкування з пацієнтом — протокол EVE.

EVE: Досліджуйте емоції, Підтвердіть емоції, Емпатична відповідь.

Цей протокол використовують у разі прояву сильних емоцій для підтримки та стабілізації стану пацієнта та його родичів. Відповідно до цього протоколу, лікар має коротко й конкретно висловлювати свої емоції, щоб полегшити пацієнтові розповідь про страх, безнадійність, щоб ці почуття не блокували пацієнта. Це зміцнює взаємну довіру. Основними складовими цього протоколу є такі кроки:

Explore the emotion (Досліджуйте емоції): досліджуйте та визначайте емоції, які відчувають на даний момент пацієнт та члени його сім'ї. Реагуйте на очевидні прояви. Спостерігайте, сприймайте об'єкт, тобто бачте, чуйте, зустрічайтеся із очевидністю, явністю.

«Я чую Ваш засмучений голос...», «Я бачу, що Ви хмуритеся, коли розповідаєте про стан свого здоров'я».

Validate the emotion (Підтвердьте емоції): дайте пацієнтові зрозуміти, що його емоції доречні, ви їх сприймаєте та розумієте, що страх хвороби, ускладнення, невиліковний діагноз можуть спричинити сильні емоції, тому це не може викликати осуду. Таким чином ви зміцните довіру.

«Коли Ви кажете, що лікування, на жаль, не покращує стану Вашого батька, це не може не засмучувати».

Empathic response (Емпатична відповідь): висловлюйте свої емоції, щоб показати, що ви небайдужі до болю, страждання; готові підтримати пацієнта, бути поряд, готові розглядати можливі варіанти лікування.

«Я зроблю все, що в моїх силах, ми підберемо препарати, які позбавлять Вас болю».

Таким чином, психологія спілкування вивчає, як люди взаємодіють, обмінюються інформацією та впливають один на одного через мову, невербальні сигнали та інші комунікаційні засоби. Основні поняття та принципи психології спілкування допомагають зрозуміти, як відбувається взаємодія між людьми та як можна зробити її більш ефективною і такою, що задовольняє всі сторони.

Крім протоколів медичної комунікації, ви можете зіштовхнутися з безліччю ситуацій, в яких для отримання результату знадобиться знання інших правил взаємодії. Ось деякі приклади протоколів професійної комунікації:

1. Протоколи в бізнесі.

Електронна пошта: чіткі та короткі повідомлення, використання теми, обов'язкові форми вітання та прощання.

Презентації: використання структурованої форми, чітке висвітлення ключових точок, зображення та графіка для підсилення інформації.

2. Протоколи в освітній сфері.

Формулювання запитань: використання відкритих запитань для стимулювання дискусії та роздумів здобувачів освіти.

Активне слухання: підтримка контакту очима, підтримка відповіді та вираження інтересу під час обговорення.

Формулювання завдань: чітке і зрозуміле формулювання завдань для здобувачів освіти.

3. Протоколи в інформаційних технологіях.

Звіт про помилку: структурований звіт про помилку або проблему, включаючи опис ситуації, вплив та рекомендації щодо виправлення.

Scrum Meetings: короткі щоденні зустрічі для звітування про завершену роботу та плани на день допомагають забезпечити координацію в команді.

4. Протоколи в соціальних науках.

Інтерв'ю: використання структурованого списку запитань для отримання інформації від досліджуваних.

Фокус-групи: структуровані групові дискусії на конкретну тему для відображення різних точок зору.

5. Протоколи в правовій сфері.

Ведення документації: структуроване оформлення договорів, заяв, документів, що відповідає юридичним стандартам.

Повідомлення про порушення: структурований звіт або повідомлення про порушення, включаючи докази та факти.

2.1. Калгарі-Кембриджська базова модель медичної консультації

Якщо ви уважно прочитали цей розділ, то у вас, напевно, виникло запитання: «Як можна об'єднати всі ці протоколи спілкування та правила в єдине цілісне під час консультування пацієнта?». Ми вас заспокоїмо: це за нас вже зробили англійці та канадці декілька десятків років тому. І назву це дістало «Калгарі-Кембриджська базова модель медичної консультації».

Калгарі-Кембриджська базова модель медичної консультації широко відома й використовується більшістю лікарів у Європі та США, тому що докладно описує всі етапи консультації. У пораднику лікарю надаються докладні інструкції, навички, що допомагають вибудовувати ефективні стосунки з пацієнтом. Перше видання з комунікації Calgary-Cambridge Guides було створено у 1996 р. для викладачів медичних закладів вищої освіти та лікарів загальної практики. Jonathan Silverman – викладач Кембриджського університету, президент європейської Асоціації з комунікації і Suzanne Kurtz – професор Університету Калгарі розробили модель партнерства, завдяки якій підвищується задоволеність лікарів і пацієнтів процесом надання допомоги.

Автори приділили увагу такій формі комунікації у медицині, яка сприяє відстоюванню інтересів пацієнта. Калгарі-Кембриджська модель містить 73 основні навички, які є корисними для всіх лікарів, незалежно від спеціалізації та рівня кваліфікації. Ці навички корисні при спілкуванні з пацієнтами, які страждають на будь-які захворювання. Вони використовуються як при консультуванні пацієнта в амбулаторних умовах, так і під час лікарських обходів у відділеннях стаціонару або при розробці плану вдосконалення лікувального процесу. Модель приділяє багато уваги вербальним і невербальним навичкам взаємодії, реакціям, які можуть виникати протягом усієї зустрічі.

Основна базова структура медичної консультації за Калгарі-Кембриджською базовою моделлю медичної консультації включає в себе такі складові:

1. Початок консультації.

Підготовка.

Встановлення початкового контакту.

З'ясування приводу для звернення.

2. Збір інформації.

Вивчення проблем пацієнта (збір скарг).

Біомедичний аспект, або збір анамнезу хвороби (послідовність подій, уточнення та аналіз симптомів, опитування про можливі прояви хвороби за системами органів).

Позиція пацієнта (думки, побоювання, почуття, очікування).

Додаткова інформація (анамнез життя, супутні захворювання та ін.).

3. Фізикальне обстеження (з обов'язковим отриманням згоди пацієнта та поясненням своїх дій).

4. Пояснення та планування.

Надання необхідної інформації про стан здоров'я та знайдені порушення в потрібному обсязі.

Роз'яснення.

Досягнення загального розуміння: урахування думки пацієнта про хворобу та власний стан.

Планування: спільне ухвалення рішення щодо обстеження та лікування.

5. Завершення консультації.

Призначення наступної зустрічі.

Найголовніше, що передбачає консультування за Калгарі-Кембриджською моделлю, це постійне, протягом всієї консультації, відстеження лікарем перебігу консультації та психологічного стану пацієнта, структурування етапів консультації, прояснення інформації для пацієнта й підтримка ефективних взаємин.

Основною метою Калгарі-Кембриджської моделі є встановлення довірливих відносин між пацієнтом і лікарем. Для створення атмосфери довіри під час реалізації Калгарі-Кембриджської базової моделі медичної консультації лікарю необхідно навчитися використовувати три навички спілкування, які ніби пронизуватимуть весь діалог від початку до кінця зустрічі.

Перша навичка – керування тим, «що говорить лікар». Це слова та фрази, які лікар використовує для спілкування; коли ставить уточнювальні питання; пояснює тактику лікування тощо.

Друга навичка – керування тим, «як говорить лікар», його невербальними проявами. Це навичка самого процесу спілкування. Тут усе має значення, тому що невербальне спілкування

Розділ 3

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОЛОГІЇ СПІЛКУВАННЯ

не припиняється ні на мить. Якщо спілкуючись лікар використовує мову час від часу, то своїми жестами, позою, мімікою та поглядом він постійно повідомляє про свою присутність і відношення до пацієнта й ситуації. Таким чином лікар демонструє пацієнтові свої емоції та установки. Важливо, щоб вербальна та невербальна інформація були конгруентними (не суперечили одна одній).

Якщо лікар при опитуванні пацієнта уважно дивиться йому у вічі та спокійним голосом запитує: «Розкажіть мені, що змусило Вас звернутися за консультацією саме зараз. Я Вас уважно слухаю», то вербальні та невербальні сигнали лікаря відповідають одне одному.

А якщо у процесі розмови голос лікаря звучить стомлено, погляд байдужий, розсіяний, зоровий контакт практично відсутній, хоча при цьому лікар й каже, що уважно слухає, пацієнт не може це не помітити. Суперечлива інформація, яку хворий отримує від лікаря, дивлячись у його обличчя, викликає зворотний зв'язок у вигляді дискомфорту. Як правило, така ситуація може призвести до порушення емоційного контакту та зменшення ступеня довіри лікарю.

Третя навичка – самосприйняття, тобто «що думає та відчуває лікар».

Це емпатія, уважність, здатність приймати рішення, усвідомлення своєї самооцінки та впевненість у собі. Наше сприйняття вплине на зміст питань і на те, як ми побудуємо процес комунікації. Ви можете відчувати найрізноманітніші емоції – біль, співчуття, нудьгу, роздратування. Ці почуття неминуче впливатимуть на якість вашого контакту, тож їх завжди важливо усвідомлювати. Висловлюючи підтримку, повідомляючи про свої почуття, відстежуйте, щоб фокус уваги залишався на пацієнтові, а не переходив до вас. Не забувайте, що перед вами хворий, якого турбують біль і тривога за можливу втрату працездатності.

На нашу думку, впровадження даної моделі у медичну практику в Україні дасть поштовх для виведення ефективності медичної комунікації в нашій країні на новий рівень.

Психологія спілкування вивчає, як люди взаємодіють, обмінюються інформацією, впливають один на одного через мову, невербальні сигнали та інші комунікаційні засоби. Основні поняття та принципи психології спілкування допомагають зрозуміти, як відбувається взаємодія між людьми та як можна зробити її більш ефективною і такою, що задовольняє усі сторони.

Комунікація: обмін інформацією, ідеями та емоціями між людьми за допомогою мови, жестів, міміки та інших засобів.

Спілкування: ширший процес взаємодії, що включає не тільки передачу інформації, а й взаємодію, вплив і реакції.

Мова: система символів, звуків та знаків, що використовується для передачі інформації.

Невербальна комунікація: вираз обличчя, жести, позиція тіла та інші невербальні засоби, які передають інформацію без використання мови.

Активне слухання: вміння уважно слухати і розуміти співрозмовника, демонструючи це через позитивні невербальні сигнали та ставлячи запитання для уточнення.

Емпатія: розуміння та співчуття до почуттів і потреб іншої людини.

Конфлікт: зіткнення інтересів, думок або цінностей, що може виникнути в ході спілкування.

3.1. Основні принципи психології спілкування

Взаємодія: спілкування — це двосторонній процес, де обидві сторони мають можливість впливати одна на одну.

Автентичність: спілкування відбувається краще, коли люди залишаються вірними собі та виражають свої думки та почуття відверто.

Контекст: розуміння та тлумачення повідомлень може змінюватися залежно від контексту, у якому вони знаходяться.

Позитивність: створення позитивної та доброзичливої атмосфери може поліпшити якість спілкування.

Зворотний зв'язок: важливо мати можливість отримувати інформацію про те, як інша сторона сприймає ваше повідомлення.

Толерантність до різноманітності: врахування та повага до різних точок зору і культурних особливостей допомагає побудувати конструктивну взаємодію.

Позитивний невербальний сигнал: ваша міміка, жести та інші невербальні прояви можуть підкреслити ваші слова та позитивно вплинути на спілкування.

Співчуття та емпатія: виявлення інтересу та розуміння до почуттів іншої сторони може зміцнити зв'язок.

Ці поняття та принципи можуть бути застосовані в різних контекстах спілкування, включаючи професійний, особистий та соціальний.

3.2. Власна особистість як інструмент

Вміння використовувати свою особистість як інструмент є важливою навичкою, яка може допомогти вам у різних аспектах життя, від професійної кар'єри до особистих відносин. Ось декілька підходів до використання своєї особистості як інструмента.

Самосвідомість: перш за все, важливо зрозуміти свої сильні сторони, слабкі сторони, цінності, інтереси й аспекти, які роблять вас унікальним. Це допоможе вам краще зрозуміти себе і власні можливості.

Комунікація: ваша особистість впливає на спосіб, у який ви спілкуєтеся з іншими. Використовуйте свою мову та стиль спілкування так, щоб вони відображали вашу індивідуальність, одночасно беручи до уваги потреби та очікування співрозмовників.

Лідерство: якщо ви займаєте лідерську позицію, ваша особистість може вплинути на те, як ви ведете команду. Важливо бути автентичним лідером і використовувати свої якості, щоб надихати і мотивувати інших.

Творчість: ваша унікальна особистість може стати джерелом творчих ідей. Дозвольте собі думати нестандартно та вносити свою особистість у ваші творчі проекти.

Розв'язання конфліктів: вміння розуміти і враховувати почуття інших може допомогти вам ефективно вирішувати конфлікти та доходити до компромісів.

Продажі та маркетинг: якщо ви працюєте у сфері продажів або маркетингу, ваша особистість може допомогти вам будувати зв'язки з клієнтами та робити ваші пропозиції більш привабливими.

Самовираження: використовуйте свою особистість для того, щоб виразити свої погляди, ідеї та емоції через різні засоби, такі як письмо, мистецтво або публічні виступи.

Співпраця: ваш стиль співпраці може впливати на роботу в команді. Важливо бути відкритим до ідей інших і здатним адаптувати свою особистість для досягнення спільних цілей.

Саморозвиток: використовуйте свою особистість як мотивацію для постійного самовдосконалення. Розвивайте свої сильні сторони та працюйте над покращенням слабких.

Позитивний вплив: ваша особистість може впливати на настрій і навіть життєвий стиль інших людей. Використовуйте це, щоб робити позитивний вклад в оточення.

Уміння лікаря використовувати свою особистість як інструмент є ключовим аспектом ефективної медичної практики. Особистість лікаря може впливати на взаємодію з пацієнтами, співробітниками та професійною спільнотою. Ось деякі способи, які можуть допомогти лікарям використовувати свою особистість для поліпшення медичної практики.

Емпатія: лікарі можуть використовувати свою емпатію для кращого розуміння почуттів і потреб пацієнтів. Проявлення із розумінням і співчуттям може поліпшити взаємодію та забезпечити більш ефективне лікування.

Комунікація: важливо вміти чітко та зрозуміло комунікувати з пацієнтами. Використовуйте свій стиль спілкування, щоб створити сприятливу атмосферу та пояснити медичні аспекти у доступний спосіб.

Довіра: ваша особистість може допомогти будувати довіру з пацієнтами. Важливо бути відвертим і щирим, ділитися необхідною інформацією та відповідати на питання.

Міжособистісні навички: розвивайте навички співробітництва, слухання та спілкування з колегами та іншими медичними співробітниками.

Лідерство: якщо ви виступаєте у ролі лідера в медичній команді, використовуйте свою особистість для створення мотиваційної та сприятливої робочої атмосфери.

Професійний розвиток: ваша особистість може вас надихати на навчання та самовдосконалення. Важливо залишатися відкритим до нових знань і практик у медицині.

Розв'язання конфліктів: уміння вирішувати конфлікти з розумінням та толерантністю може допомогти створити гармонійну робочу атмосферу, забезпечити позитивний вплив на пацієнтів.

Самопізнання: рефлексія над своєю особистістю та впливом, який ви маєте на інших, може допомогти вам покращити свою практику.

Культурна чутливість: розуміння та повага до різних культурних, етнічних і соціальних аспектів може забезпечити більш якісну та доступну медичну допомогу для різних пацієнтів.

Самозахист: важливо бути усвідомленим щодо своїх власних обмежень і стресових факторів. Здатність управляти стресом і добре відпочивати допомагає підтримувати якість медичної практики.

Загалом ефективне використання особистості лікаря як інструмента передбачає баланс між автентичністю, професійністю та підходом, спрямованим на допомогу пацієнтам й оточенню.

Розділ 4

ПСИХОЛОГІЧНІ ТИПИ ЛЮДЕЙ

Прагнення описати природу людини, її сутність, внутрішні конфлікти та поведінку з'явилося ще в давні часи. Займалися цим питанням філософи. Трактат «Про душу» був написаний Аристотелем ще в період античності. До нашого часу дійшла також й класифікація темпераментів Гіппократа. Пізніше почали систематизувати, описувати, пояснювати психічні процеси, знаходити закономірні зв'язки людини з природним і соціальним світом, визначати мотиви, що спонукають до дій, досліджувати свої переживання по відношенню до світу, інших людей і себе. У 1879 р. Вільгельм Вундт відкрив першу в світі психологічну лабораторію, де досліджували феномен свідомості методом інтроспекції (самопостереження).

Втім, не будемо заглиблюватися в аналіз історії. Лише скажемо, що сьогодні існує велика кількість напрямів психології, метою яких є навчитися розуміти сутність психічних явищ, усвідомлювати їх та справлятися з труднощами емоційного, особистісного, соціального характеру. В психології виділяють різні типи поведінки людини, існують різні їхні класифікації, такі як агресивна поведінка, соціальна поведінка, антисоціальна поведінка, аутистична поведінка і багато інших. Більшість з них використовуються для розуміння та діагностики різних психічних розладів і проблем. Безумовно, лікар під час прийому може зіштовхнутися з будь-яким з них. На поведінку особистості впливає багато факторів, але найвпливовішими є: психотип людини, особливості виховання та оточення, наявність захворювання.

Від природи людина отримує лише можливості розвитку у певному напрямі. Вони полягають в анатомічних і фізіологічних особливостях мозку й ендокринної системи людини, що народжується. На цій основі розвиваються індивідуальні особливості людини, зокрема, темперамент. Темпераментом називаються стійкі індивідуальні особливості особистості, які виражаються в динаміці психічних процесів та дій. До рис темпераменту належать сила

і слабкість переживання почуттів і бажань, їхня глибина або поверховість, стійкість або мінливість настрою, прискорений або уповільнений темп виконання дій, активність або пасивність, що виявляються людиною під час зіткнення з перешкодою. Темперамент впливає на такі властивості особистості, як вразливість, емоційність, імпульсивність і тривожність.

Вразливість — це сила впливу на людину різних стимулів, час їхнього збереження у пам'яті та сила реакції на них. Одні й ті самі стимули на вразливу людину надають більшого впливу, ніж на недостатньо вразливу. Вразлива людина, крім того, довше пам'ятає відповідну дію та довше зберігає реакцію на неї.

Імпульсивність проявляється у нестриманості реакцій, їхній спонтанності та появі ще до того, як людина встигне обміркувати ситуацію й прийняти розумне рішення щодо того, як поводитися. Імпульсивна людина спочатку реагує, а потім думає, чи правильно вона вчинила, й шкодує про передчасні та неправильні реакції.

Емоційність — це швидкість і глибина емоційної реакції людини на ті чи інші події. Емоційна людина надає великої значущості тому, що відбувається з нею і навколо неї. Це може проявлятися, зокрема, й тілесними реакціями, які виникають під час емоційного стану. Емоційний індивід ніколи не буває спокійним, постійно перебуває у владі будь-яких емоцій, у стані підвищеного збудження або, навпаки, пригніченості.

Тривожна людина перебуває у постійному занепокоєнні, побоюваннях. Їй здається, що більшість того, що її оточує, несе загрозу для власного «Я».

У 1968 р. Ганс Айзенк опублікував опитувальник, за допомогою якого можна визначити індивідуально-психологічні риси особистості. Методика містить чотири шкали (рис. 1): екстраверсії, інтроверсії, нейротизму (емоційної стійкості, нестійкості), психотизму (неадекватності емоційних реакцій).

Типовим екстравертом автор називає людей, які потребують високого ступеня міжособистісних відносин. Комунікабельних, веселих, оптимістичних, імпульсивних, запальних, які віддають перевагу руху та дії. Їхні почуття та емоції не мають суворого контролю, вони схильні до ризикованих вчинків.

Шкала Ганса Айзенка



Рис. 1

Типові інтроверти — спокійні, стримані, песимістичні люди, схильні до рефлексії (самоаналізу), віддалені від усіх, окрім близьких друзів. Ті, хто любить порядок. Вони планують свої дії заздалегідь і не довіряють раптовим спонуканням, які серйозно стосуються прийняття рішень. Їх нелегко вивести із себе, вони контролюють свої почуття.

Нейротизм — емоційна стійкість (збереження організованої поведінки у звичайних та стресових ситуаціях, адаптації, схильності до лідерства) або нестійкість (схильність до швидкої зміни настрою, почуття провини, стурбованості, депресивності).

Психотизм — висока конфліктність, егоцентричність, байдужість, схильність до асоціальної поведінки.

Користуючись цією методикою, можна визначити тип темпераменту і яскраво виражені риси характеру.

Таким чином, ми отримуємо чотири сектори, які позначають особливості поведінки. До холериків зараховували енергійних, запальних, «пристрасних» людей. Меланхоліками називалися боязкі, нерішучі, сумні; флегматиками — повільні, спокійні, «розсудливі». Сангвініками вважали рухливих, веселих, «живих» людей.

Флегматику важче, ніж холерику або сангвініку, сформувані в собі ініціативність та рішучість.

Для меланхоліка серйозною проблемою є подолання боязкості та тривожності.

Згідно з Айзенком, високі показники екстраверсії та нейротизму відповідають істерії, а високі показники інтроверсії та нейротизму – стану тривоги, депресії.

Особливості темпераменту можуть протидіяти або сприяти розвитку певних сторін характеру. Характер – сукупність стійких індивідуальних особливостей особистості, «особливі прикмети», яких людина набуває, живучи у суспільстві. На становлення характеру впливає соціальна група (родина, школа, дружня компанія, асоціальна група та ін.). Знаючи характер людини, можна припускати, як вона буде проявляти себе за різних обставин. Характер, як і темперамент, виявляє залежність від фізіологічних особливостей людини. В одних і тих самих умовах, з тих самих інтересів людина може проявляти себе по-різному: м'якою, поступливою або жорсткою; нетерпимою, веселою або сумною, впевненою або боязкою, уживливою або неуживливою.

Сучасний психоаналітик Ненсі Мак-Вільямс змогла описати багатогранність людської особистості та створила типологію характерів. Досвід і знання, якими вона ділиться, дають можливість розуміти відмінності та будувати ефективні відносини в діаді «лікар – пацієнт».

Згідно з Ненсі Мак-Вільямс, особистість може бути:

– невротичного рівня (люди, які мають здатність до функціонування на високому рівні, незважаючи на деякі емоційні страждання. Природа труднощів – внутрішній конфлікт між бажанням і перешкодами, які, як такі клієнти самі припускають, є справою їхніх власних рук);

– межового (проміжного) рівня;

– психотичного рівня (люди з психотичною структурою особистості внутрішньо спустошені та дезорганізовані. Знаходяться в стані паніки, відчувають незахищеність, розцінюють нейтральні висловлювання або висловлювання про інших людей як такі, що мають негативне значення для них або як натяки на нього, алогічне мислення).

Є й умовно здорові. У діапазоні «здоровий невротик» можна нормально жити, мати більш-менш реалістичний образ себе, досить стійку самооцінку, бути адаптованим в соціумі, здатним вибудовувати і підтримувати близькі відносини.

Подані нижче типи особистості розглядаються у клінічній картині, проте вираженість окремого психотипу може бути представлена на різному рівні – від невротичного до психотичного. Крім того, в одній і тій ж людині можуть виявлятися риси кількох типів.

Антисоціальний (психопатичний) тип особистості: агресивність, лють, імпульсивність (негайна реакція), прагнення уникнути переживання слабкості, заздрощів, низький соціальний інтелект (нездатність співпереживати, говорити про свої почуття), потреба отримувати досвід, що «струшує», щоб почуватися бадьоро.

Ефективна стратегія – твердість, прийняття людської природи, реалістичне розуміння, що соціопати можуть бути небезпечні.

Нарцисичний тип особистості: внутрішнє відчуття страху, сорому, слабкості. Нестабільна самооцінка, сумніви у собі. Схильність до засудження себе та інших й оцінювання. Нестерпність критики, особливо публічної. Почуття порожнечі, незавершеності або компенсаторна протилежність – самоствердження, почуття власної гідності, зневага, марнославство, зверхність. Перфекціонізм, проблеми компромісу. Іпохондричність (заклопотаність своїм здоров'ям, страх смерті).

Ефективна стратегія – терпіння, неосудне, реалістичне ставлення.

Шизоїдний тип особистості: підвищена сензитивність (чутливість) призводить до тривалих роздумів, фантазій. Часто встановлюють дистанцію, відстороненість, оскільки близькість ними асоційована зі шкідливим впливом на власне «Я».

Ефективна стратегія – делікатність, повага, емпатія.

Параноїдальний тип особистості: підозрілі, недовірливі, з відсутністю почуття гумору, егоцентричні (зациклені на собі, вважають, що все, що відбувається, має до них відношення). Мають надмірно розвинене почуття власної грандіозності (але звідси почуття провини: «Якщо я всемогутній, то всі неприємні речі означають мій провал»). Не вміють відпочивати, постійно напружені. Одержимі потребою все переробляти, критикувати. Провокують агресію.

Ефективна стратегія – запобігливість, надання відповідей на їхні запитання, а не уникнення цього, загострене відчуття до меж.

Депресивний тип особистості: зазнають занепокоєння з приводу своєї деструктивності, є переконання, що вони заслуговують на погане ставлення до себе, щойно їх дізнаються ближче. Низька

активність, висока стомлюваність, ангедонія (нездатність радіти звичайним задоволенням). Проблеми зі сном. Вкрай вразливі, ображаються на критику, рідко переживають почуття агресії та гніву.

Ефективна стратегія — доброзичливість, повага, терплячість. Реалістичне ставлення до себе, не стільки підтримувати похвалу, скільки атакувати критичне до себе ставлення. Інтерпретувати дії як досягнення.

Маніакальний тип особистості: висока соціальність, схильність до ідеалізації. Високий темп промови, жестикуляції, почуття гумору. Рухливість (як ознака тривоги).

Ефективна стратегія — повага, терплячість, делікатність. Часто переривають лікування після поліпшення стану.

Мазохістичний (саморуйнівний) тип особистості: вважають себе такими, що страждають, але незаслужено. Справляють на інших враження претензійних і зневажливих, екзальтованих у своєму стражданні, презирливих до простих смертних людей, які не можуть виносити таке саме сильне горе з подібною витонченістю. Відкрито скаржаться. Перебувають у позиції жертви (шукають рятівника та бачать «переслідувача», винного). Отримують приховане задоволення від своїх страждань. Жаль оточення сприймають як цінність. На відміну від депресивних бачать «зло» не стільки всередині себе, скільки поза собою (нагадуючи параноїдний тип особистості). Люблять хворіти, але не лікуються.

Ефективна стратегія — терплячість, уникнення ролі рятівника. Поводження як з дорослою особистістю.

Обсесивно-компульсивний тип особистості: девіз — «Не відчувай, а роби». Акуратні, пунктуальні до педантичності. У прагненні контролю можуть виявлятися надмірно наполегливими. Зазнають складнощів у вираженні емоцій. Потайливі.

Ефективна стратегія — першою вимогою є дотримання дружелюбності, тому що вони, як правило, дратують оточення, не цілком розуміючи причину своєї поведінки, не контролювати, не вимагати. Заохочувати вираження почуттів.

Істеричний (театральний) тип особистості: демонстративні, артистичні, ініціативні, інтуїтивні. Схильні до впливу. Мають схильність до містики та «забобонів». По-різному спілкуються з чоловіками та жінками. Головне відчуття себе при істерії — почуття маленької та полохливої дитини.

Ефективна стратегія — делікатність, повага, терплячість.

Підсумовуючи, хотілося б нагадати, що виконуючи правила взаємодії лікаря і пацієнта, можна згладити будь-які складні моменти, адже для кожного пацієнта вони актуальні.

Для встановлення та підтримування контакту лікар має вчинити таке:

1. Створює атмосферу довіри: тепло вітає пацієнта, прояснює очікування та проблеми, які пацієнт хотів би обговорити, уважно слухає, уловлює сигнали, перевіряє свої припущення.

2. Визнає правомірність поглядів та почуттів пацієнта, не засуджуючи, підтримує вираження пацієнтом своїх почуттів і думок.

3. Проявляє емпатію для вираження розуміння та поваги до почуттів та труднощів пацієнта, відкрито визнає цінність його поглядів і почуттів, навіть якщо ці почуття чи побоювання безпідставні або навіть помилкові.

4. Надає підтримку: дбає, розуміє, виявляє бажання допомогти, пропонує партнерство.

5. Проявляє чуйність — це означає, уважно підходить до делікатних і неприємних тем й фізичного болю.

Лікарю важливо мати фундаментальні знання психології, розуміти, як пацієнт сприймає зміни, що відбуваються під час хвороби, вміти ефективно реагувати на емоційні прояви, залучати пацієнта до лікувального процесу, усвідомлювати свою роль у процесі консультування. Пацієнт може почуватися вразливим, реагувати імпульсивно, бо хвороба — це стрес для організму. Чуйний лікар може переживати цілу гаму емоцій по відношенню до пацієнта, тому що кожна зустріч — це «виклик». Але є й інша сторона «медалі»: через жалібне та поважне прийняття інших, ви, можливо, відкриєте доступ до розуміння та прийняття динаміки власної особистості, зможете черпати натхнення від роботи.

Що стосується поведінки пацієнта в медичному контексті, то вона може виявлятися в різних типах залежно від стану здоров'я, діагнозу та інших факторів (фізичний стан, психічний стан, емоційний стан і соціальне оточення). Ось деякі загальні типи поведінки пацієнта.

Кооперативна поведінка: пацієнти демонструють співпрацю та позитивне ставлення до лікарів і медичного персоналу. Вони слідуєть лікарським рекомендаціям, дотримуються режиму

лікування і взаємодіють зі спеціалістами для досягнення поліпшення стану здоров'я.

Агресивна поведінка: пацієнти можуть бути агресивними або ворожими в стосунках з медичним персоналом або іншими пацієнтами. Ця поведінка може бути спричинена страхом, болем або іншими емоційними чи психічними факторами.

Пасивна поведінка: пацієнти можуть бути пасивними і байдужими до стану свого здоров'я або лікування. Вони можуть не дотримуватися лікарських рекомендацій, ініціювати лікування або взаємодіяти з медичними процедурами.

Адгерентна поведінка: адгерентність означає дотримання лікарських рекомендацій та лікувального режиму. Деякі пацієнти можуть бути адгерентними і відзначаються тим, що дотримуються всіх вказівок лікаря, приймають ліки вчасно та слідуєть іншим рекомендаціям.

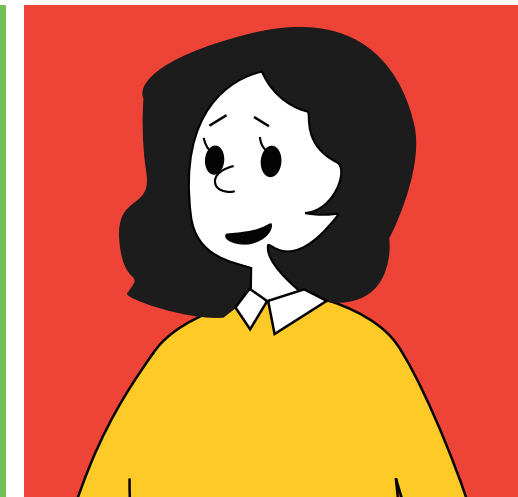
Пошукова поведінка: пацієнти можуть активно здійснювати пошук інформації про свій стан здоров'я і можливі методи лікування. Вони можуть використовувати Інтернет, консультуватися з іншими медичними фахівцями або ставити багато запитань своєму лікарю.

Відмова від лікування: пацієнти можуть відмовлятися від лікування або процедур, навіть якщо вони рекомендовані для поліпшення їхнього стану здоров'я. Це може бути складною проблемою для медичного персоналу.

Емоційна реакція: пацієнти можуть демонструвати різні емоційні реакції на свій стан здоров'я, такі як страх, тривога, депресія або незадоволення.

Лікарю вкрай важливо володіти навичками швидкого розпізнавання психотипу пацієнта та впливу на його поведінку, тому що незважаючи на свою поведінку, кожний пацієнт, який звернувся за допомогою, бажає її отримати в найліпшому вигляді. Пацієнт ніколи не звинуватить в негативному результаті себе. Тому всі ці знання необхідні лікарю не тільки для того, щоб дійсно надати висококваліфіковану допомогу, провести певну психологічну консультацію, а й захистити себе від нападок та юридичних наслідків реакцій окремих типів пацієнтів. Медичний персонал повинен враховувати ці фактори при взаємодії з пацієнтом та розробці плану лікування.

Розділ 5 ІСТОРІЯ ГАННИ



5.1. ГРВІ та протокол CLASS

Історія Ганни починалася дуже банально. З простої гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ). Під час епідемії COVID-19. Одного дня Ганна прокинулася вранці від відчуття першіння та дискомфорту в горлі. Занепокоїлася, що такий біль може бути пов'язаний саме з цією страшною хворобою. Ганна була в паніці. Декілька днів тому вона була на похороні сусідки, яка померла від ковідної пневмонії. Ганна зміряла температуру, побачивши її підвищеною до 37,2 °С, відчула себе ще гірше. Не пам'ятаючи себе від страху, Ганна зателефонувала до швидкої допомоги, диспетчер якої порадив звернутися до сімейного лікаря (рис. 2).



Рис. 2

Ганна зателефонувала до сімейного лікаря. Вона дуже хвилювалася, що тяжко хвора і її стан може ще погіршитися, тому благала лікаря прийти до неї додому якомога скоріше. Але лікар переконала Ганну прийти до поліклініки та записала на прийом у цей же день (рис. 3).

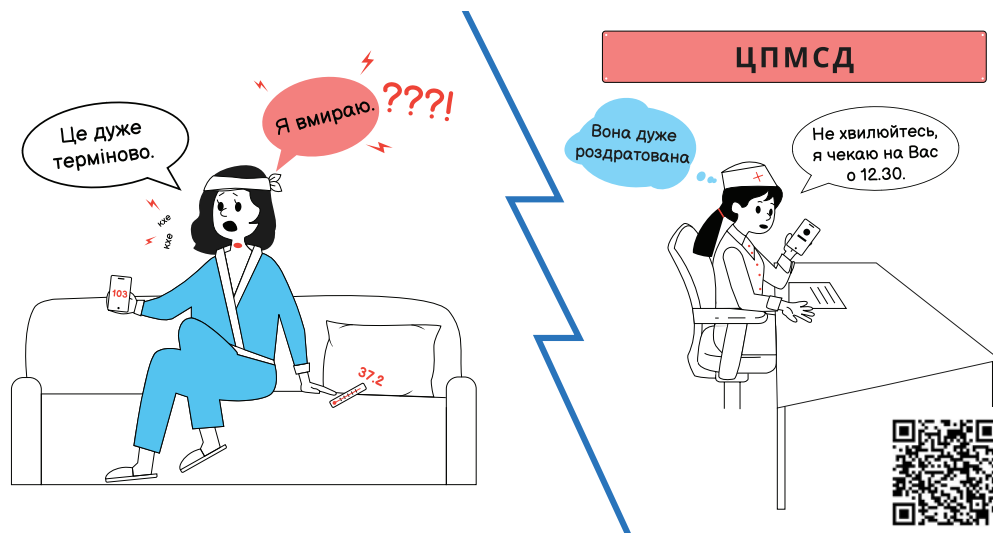


Рис. 3

Коли Ганна потрапила на прийом, вона вже не знала від чого їй гірше: від застуди чи від страху. Зайшовши до лікаря, Ганна відчула деяке заспокоєння, навіть не усвідомлюючи від чого. Можливо, то була посмішка лікаря, або приємна обстановка в кабінеті (рис. 4).

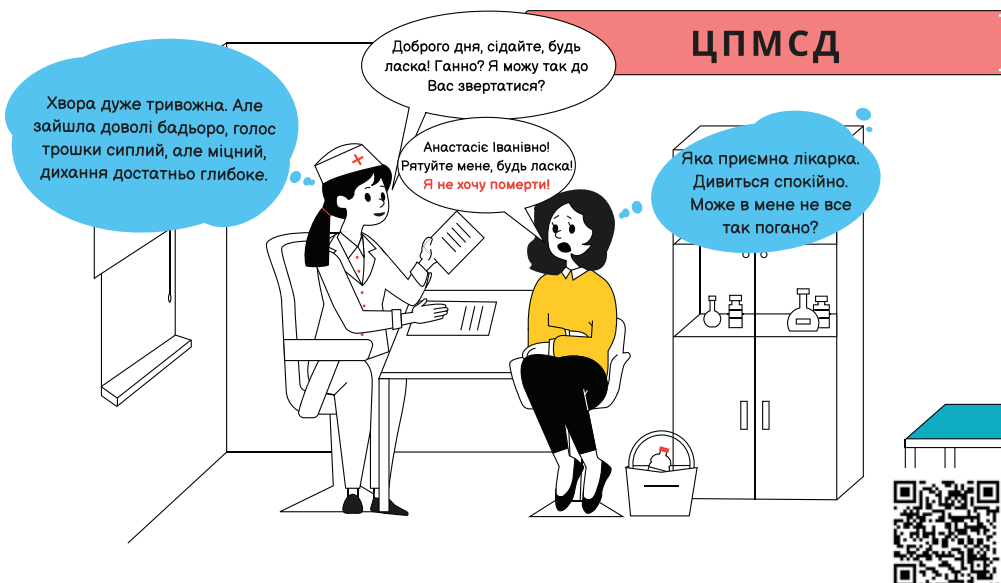


Рис. 4

Ми бачимо реалізацію першого кроку протоколу CLASS, який називається «Організація простору» (літера C – Context).

!!! Фактори навколишнього середовища в значному ступені впливають на фізичний та психологічний комфорт людини.

Велике значення мають обстановка, освітлення, температура приміщення.

Корисно розміщувати меблі так, щоб лікар і пацієнт розташовувалися під кутом, а не один навпроти одного. Таке розташування сприяє створенню партнерських стосунків.

За перші хвилини спілкування складається перше враження, готується ґрунт для подальшої взаємодії.

З початком спілкування лікар повинен відкласти будь-які інші справи (наприклад, закінчити заповнення картки попереднього пацієнта), підтримувати зоровий контакт, тон голосу повинен відповідати виразу обличчя та бути доброзичливим.

Лікар повинен прийняти відкриту позу (при якій лікар сидить або стоїть з розкритими руками й ногами, може розводити руки в боки при розмові, що є показником його довірливого ставлення та прихильності до пацієнта).

Дуже важливе значення має охайний одяг.

Хоча Ганна й відчула деяке полегшення, однак напружена поза та схвильований вираз обличчя відразу продемонстрували лікарю високий рівень її нервування та страждань. Попри все Ганна бачила, що лікар дивиться на неї з доброзичливістю та увагою (рис. 5).

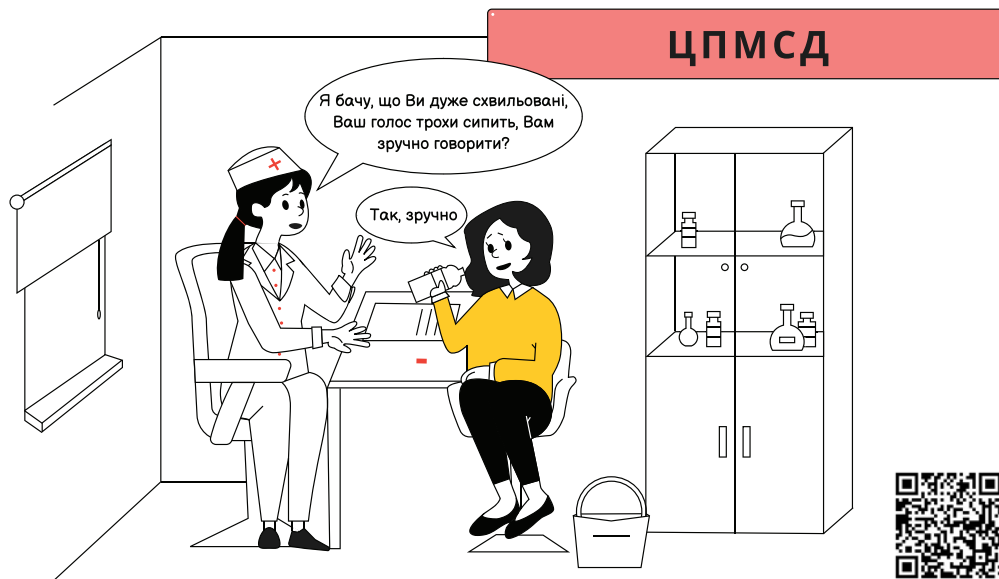


Рис. 5

Таке відношення ще більше заспокоювало Ганну та наводило на думку, що все буде добре.

Тому коли Ганна звернулася до лікаря зі словами: «Анастасіє Іванівно! Рятуйте мене, будь ласка! Я не хочу померти!», вона вже чітко розуміла, що померти зараз їй ніхто не дасть.

!!! Встановлення першого контакту з пацієнтом впливатиме на всі подальші відносини.

Цьому процесу легко може стати на заваді попередня зустріч лікаря з пацієнтом або колегою, телефонний дзвінок, невирішені домашні питання, почуття голоду або втома.

Якщо є потреба, то лікар може взяти кілька хвилин для того, щоб подбати про себе і без поспіху налаштуватися на нову зустріч.

Для пацієнта ця важлива і значна подія буде кориснішою, якщо лікар відповість повною увагою.

Такі нехитрі прийоми ввічливості, як привітання пацієнта, за потреби представлення себе, уточнення ім'я, прізвища та запитання про те, як краще звертатися до нього, а також турбота про фізичний комфорт пацієнта (зручність розташування, ширма), демонструють повагу й значно полегшують подальшу комунікацію.

!!! При встановленні контакту дуже важливим є заздалегідь повідомити пацієнта про часові обмеження, якщо такі існують.

Почуття Ганни почали мінятися й місце хвилювання зайняв легкий сором: Ганна згадала, що в телефонній розмові занадто тиснула на лікаря.

Тому очікувала щось почути про це на початку спілкування, але все виявилось інакше.

Лікар була дуже доброзичливою та уважною.

Поза її тіла, спокійний тон голосу, відповідний темп мови та зоровий контакт з перших секунд спілкування демонстрували доброзичливе ставлення та в значній мірі заспокоювали Ганну (рис. 6).

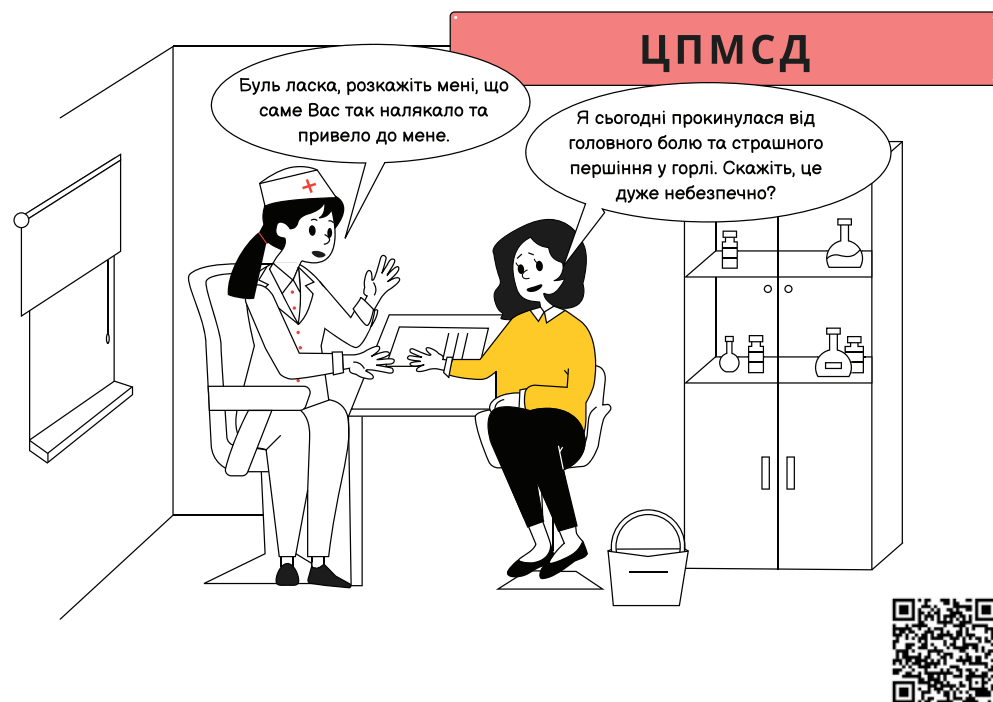


Рис. 6

Лікар перейшла до другого кроку протоколу CLASS – Ефективне слухання для збору інформації (літера L – Listening skills). Цей крок включає навички активного слухання:

1. Невербальні навички лікаря:

- уважна поведінка для побудови стосунків;
- відкрита поза тіла;
- надання простору (відстань);
- зоровий контакт;
- тон голосу, який відповідає виразу обличчя;
- відповідний темп мовлення.

2. Увага до вербальних та невербальних сигналів пацієнта та реакцію на них.

3. Фасилітація (залучення пацієнта до активної участі в процесі лікування).

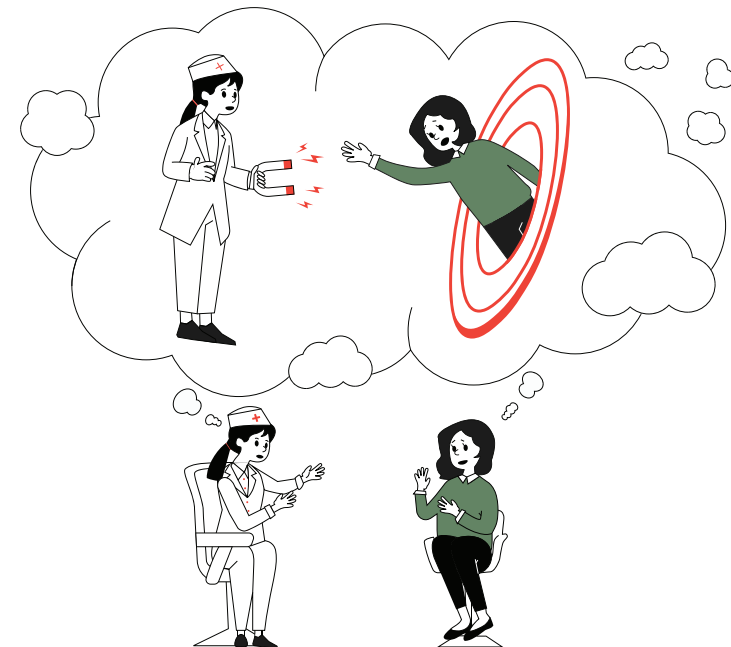


Рис. 7

Перший корисний відступ

Фасилітація – це підхід, за допомогою якого лікар допомагає пацієнту брати більш активну участь у своєму лікуванні, розуміти свій стан та приймати усвідомлені рішення щодо власного здоров'я.

У процесі фасилітації лікар заохочує пацієнта повідомляти більше інформації на певну тему та демонструє емпатію, повагу, розуміння, увагу, безумовне прийняття, толерантність до особи пацієнта, допомагаючи надихнути оптимізм та довіру.

Основні принципи фасилітації в медицині включають:

Інформування: лікар надає пацієнту повну інформацію про його стан, діагноз, можливі методи лікування, ризики та переваги різних підходів. Це допомагає пацієнту приймати усвідомлені рішення.

Слухання і спілкування: лікар відводить час для слухання пацієнта, його побажань, питань та обговорення страхів або незрозумілих моментів.

Спільне прийняття рішень: пацієнт не тільки включається в процес прийняття рішень щодо діагностики, лікування та плану догляду, а й усвідомлює саме власну відповідальність за своє одужання. Лікар допомагає розкрити всі аспекти рішення та його наслідки.

Розвиток пацієнтської грамотності: медичний персонал надає пацієнтам зрозумілу інформацію про їхнє здоров'я, діагнози, лікування та процедури. Це допомагає пацієнтам краще розуміти, як доглядати за собою.

Підтримка самозахисту: пацієнти навчаються самостійно визначати ознаки погіршення свого стану та вчасно шукати медичну допомогу (рис. 7).

Фасилітація поєднує вербальні та невербальні навички спілкування:

– підбадьорення – кивки головою, відповідна міміка, жести, висловлювання вигуків «угу», «так» та інших при розповіді пацієнта;

– пауза допомагає пацієнтові продовжувати розмову, висловлювати вголос думки та почуття;

– повторення кількох останніх слів пацієнта, м'яко спрямовує хід консультації;

– перефразування (переказ своїми словами) використовується як перевірка того, чи правильно ви розумієте пацієнта, допомагає висловити підтримку, узагальнити, прояснити стан пацієнта;

– повідомлення лікарем своїх думок – це спосіб висловити емпатію та залучити пацієнта до процесу консультації.

Таким чином, фасилітація спрямована на зміцнення співпраці між лікарем і пацієнтом, забезпечує більшу відкритість, розуміння і довіру.

Фасилітація допомагає покращити досвід пацієнта, сприяє підвищенню рівня задоволеності наданою медичною допомогою та покращенню термінів і результатів лікування.

Ганна зрозуміла, що з легкістю розповість лікарю все, про що та запитає.

Лікар протягом всієї розповіді Ганни про її стан періодично кивала та реагувала вигуками «так» або «добре», що додавало Ганні впевненості в тому, що лікар дійсно ставиться до неї уважно й бажає їй допомогти (рис. 8).



Рис. 8

!!! При встановленні контакту важливим є з'ясування приводу для звертання.

Лікар просить пацієнта розповісти про скарги, з'ясовуючи, чому пацієнт звернувся до лікаря саме сьогодні.

Дослідження проблем пацієнта бажано розпочинати з таких фраз: «Яка причина змусила Вас звернутися до мене?»; «Як я можу Вам допомогти?»; «Відповіді на які питання Ви б хотіли дізнатися?» – і дати можливість пацієнтові розповісти, не перебиваючи і не направляючи початок бесіди.

Відкриті питання необхідні для того, щоб досягти загального розуміння лікарем причини звернення пацієнта.

!!! У подальшому консультуванні лікар повинен керувати бесідою, але відповіді на свої запитання бажано слухати уважно, не перебиваючи та дозволяючи пацієнту закінчувати речення.

Важливим компонентом також є перефразування скарг, які надає пацієнт, при уточненні деталей анамнезу. Це додатково підтверджує пацієнту, що вся увага лікаря спрямована саме на нього.

А коли лікар запропонувала обговорити разом з Ганною план обстеження та лікування, вона відчула себе дуже важливою складовою процесу, який відбувався. Ганна зрозуміла, що в боротьбі з хворобою вона головна, а лікар лише допомагає та підказує найліпший шлях. Тому Ганна з радістю погодилася на обстеження та подальше обговорення (рис. 9).



Рис. 9

Наступним кроком протоколу CLASS є «Дослідження та ідентифікація реакції пацієнта» (літера А – Acknowledge). На даному етапі спілкування зберігається важливість використання як невербальної (зоровий контакт, міміка, постава, поза, жести, темп, гучність голосу, інтонація), так й вербальної мови (перефразування, уточнення, прояснення).

Пацієнт може пред'являти відразу кілька важливих, не пов'язаних одна з одною скарг.

!!! Важливо зрозуміти думки пацієнта про свій стан, його ставлення до хвороби та її наслідки, а також те, як проблема впливає на його життя.

Дуже важливо з'ясувати всі очікування пацієнта та те, яку саме допомогу він хоче отримати від вас.

Під час огляду, крім професійних дій, дуже важливими психологічними компонентами є делікатність та залучення пацієнта в процес – постійне пояснення своїх дій.

Ще одним компонентом даного кроку протоколу CLASS, який є необхідним для структурування консультації, є скринінг – спосіб узагальнення скарг, визначення пріоритету й складання плану додаткового обстеження та лікування, який буде зрозумілий пацієнту, залучаючи його до терапевтичного альянсу.

Оглядаючи пацієнтку, лікар постійно коментувала Ганні всі свої дії та розповідала про проміжні результати обстеження, додаючи коментарів. Ганна з кожною хвилиною розуміла свій стан все краще. По мірі того, як обстеження добігало кінця, Ганна поступово заспокоювалася, тому що розуміла, що нічого страшного з нею не відбувається й ознак такого важкого захворювання, як коронавірусна інфекція, в неї немає (рис. 10).



Рис. 10

Раніше, при традиційному підході, хвороба розглядалася як причина нездужання, що складається з симптомів, які необхідно зібрати до купи (тобто як «зламана річ», яку треба полагодити).

!!! Сьогодні пацієнт-орієнтований підхід передбачає важливе місце для приділення уваги емоціям пацієнта, тому, як хвороба впливає на якість життя пацієнта, на його взаємини з сім'єю, тому, чи є бажання й сили застосовувати різні обмеження, дотримуватись лікувального режиму.

Дуже часто через брак часу лікарі беруть ініціативу в свої руки, а пацієнт перетворюється на пасивного постачальника інформації. Пацієнти, довіряючи компетенції лікаря, чекають уточнюючих питань щодо хвороби, припускаючи, що якщо лікар їх не ставить, то вони не мають значення.

Проте, на жаль, лікар, не ставлячи детальні питання, заглиблюється в діагностику, а не слухає пацієнта, хоча цим може ширше охопити проблему й отримати більше інформації для встановлення вірного діагнозу.

Лікар розповіла Ганні, що в неї є легка застуда, але враховуючи, що звичайного огляду для встановлення остаточного діагнозу недостатньо, для уточнення діагнозу запропонувала здати додаткові аналізи на першому поверсі клініки, де проходив прийом.

Також до отримання результатів лабораторного обстеження лікар рекомендувала Ганні рясне тепле пиття, полоскання горла розчином ромашки та прийом парацетамолу (рис. 11).



Рис. 11

Наступний крок протоколу CLASS – це «Пояснення та планування» (літера S – Strategy).

!!! На етапі пояснення та планування лікування вся необхідна інформація повинна бути надана лікарем в достатньому обсязі.

Під час консультації лікар повинен постійно стежити за вербальними та невербальними знаками, які дають змогу оцінити реакцію пацієнта на надану інформацію, з'ясувати, чи правильно пацієнт розуміє слова лікаря, чи не потребує пояснення або додаткової інформації.

Для полегшення сприйняття інформації пацієнтом її необхідно подавати простою мовою, побудованою в логічній послідовності. Складна медична термінологія зазвичай зовсім не зрозуміла пацієнту, тому її необхідно замінювати простими поняттями, а за необхідності повторювати надану інформацію.

Нагадуємо, що одним з найважливіших компонентів успішного лікування є активне залучення пацієнта в процес лікування, надання йому активної ролі співтворця свого здоров'я, а не пасивного виконавця наказів лікаря.

Почувши про додаткові аналізи, які повинні спростувати усі побоювання щодо тяжкої інфекції, Ганна зовсім заспокоїлась, а настрій її значно покращився. Вона була готова погодитися на все, що запропонує лікар. Й надала згоду на всі обстеження та запропоноване лікування (рис. 12).



Рис. 12

Залучати пацієнта до активної ролі необхідно ще на етапі планування обстеження та лікування, обговорювати переваги та недоліки різних методів обстеження або лікування, побічні ефекти.

!!! Необхідно надавати пацієнту можливість власноруч обрати той метод, який, на думку пацієнта, саме для нього стане найефективнішим.

Необхідно домовлятися про подальші дії. Пацієнту потрібно надати інформацію, що робити в непередбачуваних випадках, коли та як звертатися за допомогою.

Обговорення досліджень та процедур повинне відбуватися у зрозумілій та доступній для пацієнта формі. Необхідно чітко пояснити, як процедура впливає на точність діагнозу або ефективність лікування, її важливість і ціль.

Пацієнту необхідно роз'яснити весь процес проведення процедури, особливості підготовки до неї, які відчуття можливі, як і де можна отримати результати.

Перевіряти розуміння пацієнтом даної інформації. Узгоджувати з пацієнтом план лікування. Вирішити, який план лікування буде найкращим для пацієнта.

Коли наприкінці прийому лікар надала всі необхідні рекомендації щодо подальшого обстеження та лікування та запропонувала з'явитись на повторний прийом через декілька днів, висловивши надію, що до того часу Ганна вже буде здорова, гарний настрій Ганни був остаточно відновлений. Ганна подякувала лікарю й пішла додому в гарному настрої, незважаючи на те, що шлях до здоров'я лише починався (рис. 13).



Рис. 13

Наступний і останній крок протоколу – завершення консультації (літера S – Summary). Завдання даного кроку консультування – підбиття підсумків, складання подальших планів дій, зокрема маршрутизація пацієнта.

Цей крок є не менш важливим, ніж перший.

!!! Дуже важливими є інструкції пацієнту на випадок, якщо щось піде не за планом.

Звичайно, лише 16 % пацієнтів лікарі питають, чи є у них додаткові питання, і мало хто запитує, чи достатньо зрозуміли пацієнти отриману інформацію.

Тому якщо пацієнт не встиг розповісти про всі свої скарги протягом консультації, то наприкінці консультації може спливати щось несподіване, наприклад: «Так, до речі, хотів вам розповісти...».

Для уточнення вірності розуміння пацієнтом всієї наданої інформації ми рекомендуємо ставити питання, наприклад «Щоб переконатися, що ми правильно один одного почули, прошу Вас повторити основні рекомендації, які важливо виконувати вдома...».

5.2. ГРВІ — не ГРВІ, емоції, протокол BUSTER і алгоритм CONES

Ганна вирушила додому і почала ретельно виконувати рекомендації лікаря. Втім, вона вирішила, що не піде здавати аналіз крові завтра, бо лікар впевнено сказав, що у неї застуда.

Своє лікування вона наполегливо продовжувала протягом 10 днів, але їй здавалося, що жодного результату немає. Ганна щоранку після полоскання дивилася своє горло. У відображенні дзеркала вона бачила, що почервоніння в горлі вже ніякого немає. Проте першіння та температура тіла ніяк не змінювалися й продовжували її турбувати (рис. 14).

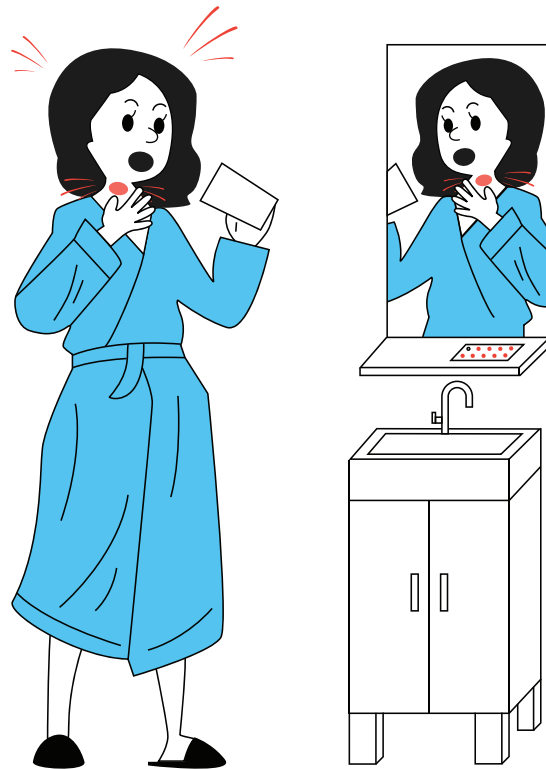


Рис. 14

Ганна вирішила піти до лікаря й висловити все, що в неї накопало, а потім знайти іншого, більш кваліфікованого фахівця, який зможе їй допомогти. Коли Ганна прийшла до поліклініки, вона була така роздратована, що не звертаючи уваги на можливу чергу до лікаря, влетіла до кабінету без стуку, широко відчинивши двері. Весь її вигляд демонстрував роздратованість і невдоволення (рис. 15).

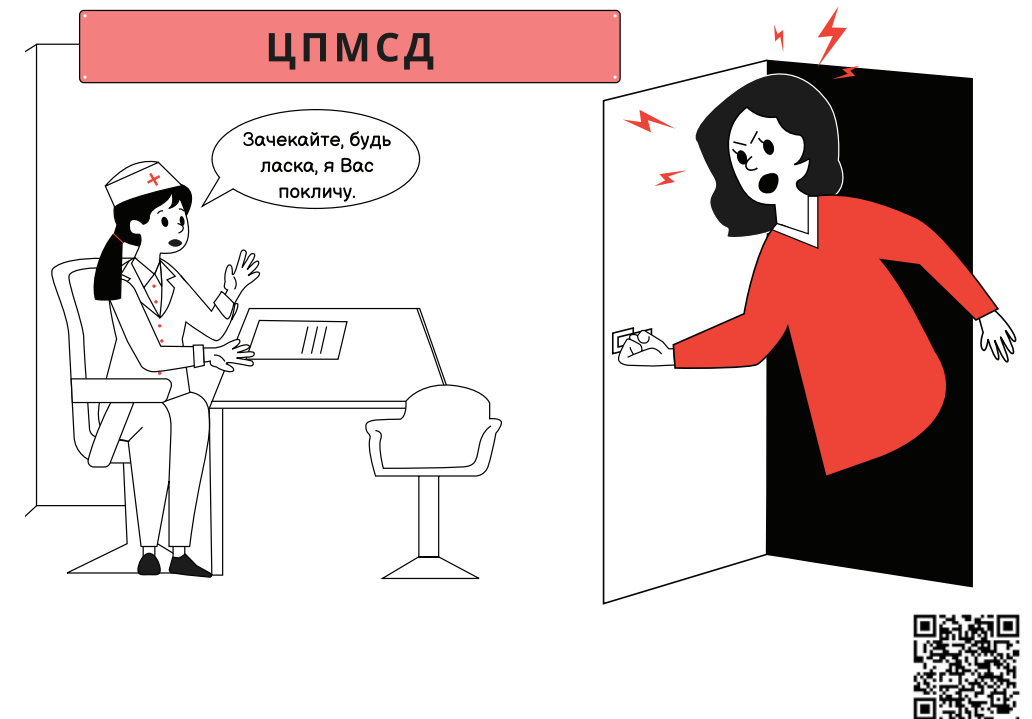


Рис. 15

Поза лікаря з рівною спиною, не спираючись на спинку стільця, розслаблений вираз обличчя демонстрували спокій та впевненість, що трохи «охолодило» Ганну.

Лікар привіталася з Ганною та попросила дати їй кілька хвилин для закінчення попередньої справи, почекавши за дверима. При цьому лікар запевнила Ганну що покличе її відразу, щойно звільниться.

Хоча лікар поки що не розуміла причини такого настрою у Ганни, для налаштування на важке спілкування вона зробила кілька вправ після того, як Ганна вийшла з кабінету. Це була одна з технік майндфулнесу (рис. 16).



Рис. 16

Емоції страху, гніву, смутку можуть ускладнити надання медичної допомоги. Слід пам'ятати, що пацієнти обов'язково емоційно та поведінково реагують на свої захворювання, тому лікарі мають адекватно відповідати на ці реакції. Дуже важливо пам'ятати в такий момент, що ти маєш справу з людиною, яка відчуває фізичне або психологічне страждання. Дуже часто поведінка пацієнта відбиває його емоційний стан. Отже, обробивши емоційні реакції, ми можемо побічно змінити і поведінку пацієнта, яка, ймовірно, заважала лікувальному процесу.

Ганна відчуває потужні емоції, виявляє їх, це може перешкоджати ефективній комунікації. Такі емоції та поведінка, як правило, викликають негативні почуття і у лікаря, що може призвести до конфлікту та втрати контакту з пацієнтом.

Тому в даній ситуації лікар обрала один з найефективніших засобів для зміни ситуації – протокол BUSTER, який використовується при складних емоційних розмовах з пацієнтом та його родичами.

*Лікар демонструє нам перший крок (літера В у назві протоколу означає *Be prepared* – «Підготуйся»). Метою даного кроку для лікаря є розпізнавання своїх неконструктивних та деструктивних емоцій та їхня мінімізація. Почуття агресії у Ганни виникло внаслідок відсутності задоволення її потреб, на тлі невідповідності отриманого результату її очікуванням.*

Крім того, в даному випадку злість та агресія Ганни, які вона демонструє, приховують її справжні емоції смутку від продовження захворювання та страху смерті від нього.

Тому основною метою лікаря протягом всієї комунікації є зниження градуса агресії (або повне її нівелювання) та усунення цих емоцій смутку й страху. Це дуже непросте завдання, й виконувати його в стані роздратованості або відповідної агресії лікар не зможе. Тому лікар відразу усвідомила силу своїх негативних емоцій, задіяла методика майндфулнесу для відновлення та підвищення рівня своєї емоційної врівноваженості.

Але повернімося до нашої історії. За кілька хвилин лікар налаштувала себе й стала здатною до ефективного спілкування. Вона стабілізувала свій емоційний стан і налаштувалась на нелегку бесіду. Техніка майндфулнесу допомогла лікарю взяти під контроль свою усвідомленість в думках, емоціях, почуттях, тілесних відчуттях і навколишньому становищі. Лікар стала здатною відстежувати свої відчуття (серце б'ється рівно, руки не тремтять, дихання рівномірне) і свідомо вирішувати, як краще реагувати на поведінку хворої людини. Переведенню комунікації в сприятливе русло та налаштуванню на доброзичливість сприяла також підготовлена, як завжди, обстановка в кабінеті – тепле світле приміщення, де немає сторонніх звуків.

Другий корисний відступ

У широкому сенсі майндфулнес – це особлива здатність сприймати все, що відбувається прямо зараз, так, як воно є, це вміння приймати все, що відбувається з вами, будь-які ситуації, неважливо, сумні вони або навіть неприємні, й проходити, переживати ці ситуації без особливої шкоди для себе, а не ховатися від них, відтягуючи й перебуваючи в стані постійного стресу. Ця техніка про вибір свідомого життя і слідування меті, готовності психіки, духу до несподіванок і вірності своїм ціннісним орієнтирам.

Спрощену версію практики майндфулнесу можна надати у вигляді таких кроків:

1. Для тих, хто починає, краще знаходитися в комфортних умовах, у тихій кімнаті, де ніхто вас не відволікає. Згодом майндфулнес не потребуватиме такого усамітнення, але бажано добитися тиші від оточуючих. Дуже важливо навчитися відчувати комфорт саме в тому місці, де з'явилася необхідність застосування майндфулнесу (можна хоча б уявити собі це комфортне місце).

2. Необхідно зайняти позу сидячи з рівною спиною, упираючись в підлогу ногами. Для починаючих бажано закрити очі, але згодом очі можуть залишатися відкритими. Хребет повинен бути рівним та вільним, ні на що не спиратися.

3. Дивлячись перед собою, необхідно зробити 3–4 глибоких вдихи носом та видихи через рот.

4. На наступному кроці необхідно повернутися до звичайного дихання, але стежити за кожним дихальним рухом. Очі обов'язково повинні бути відкритими.

Саме під час цього кроку можна рахувати до 6 або до 10. Під час рахування необхідно намагатися відчутти своє тіло, його тиск на стілець, а також тиск стоп на підлогу.

5. Під час попереднього кроку у вас можуть виникати різні думки, мозок починає «блукати». Це цілком нормально, але треба поступово повернути його до стану спокою. Важливо зрозуміти, що не думки керують вами, а ви керуєте своїми думками. Найважливішою складовою майндфулнесу є вміння помічати свої думки, а потім знову концентруватися на диханні, запобігаючи самокритиці.

6. Завершуючи сеанс майндфулнесу, необхідно поступово відчутти все своє тіло та розпочати чути навколишнє середовище.

Якщо вам сподобалася дана практика й ви відчули необхідність застосовувати її у своєму повсякденному житті та у своїй роботі, ви можете засвоїти її завдяки нашому іншому підручнику, який присвячений саме майндфулнес-орієнтованій когнітивно-поведінкової терапії (МОКІТ) для практики лікарів усіх спеціальностей.

Коли налаштування було завершено й лікар відчула свій урівноважений стан, вона запросила Ганну зайти до кабінету. Ганна розуміла, що лікар бачить її настрій та незадоволення, проте лікар продовжувала бути доброзичливою, а вираз її обличчя був спокійним. Це дещо зменшило ступінь агресивності, й хоча Ганна все ще була роздратованою, вона подумала: «Може вона все ж таки не такий поганий лікар, як я собі накрутила?». Але емоційний стан Ганни ще давався взнаки, тому вголос вона сказала зовсім інше й доволі гучним та злим голосом.

Лікар ніяк не відреагувала на інтонацію голосу й агресію Ганни. Замість цього вона дуже доброзичливо запросила Ганну присісти та розповісти, що відбувається і як вона себе відчуває (рис. 17).

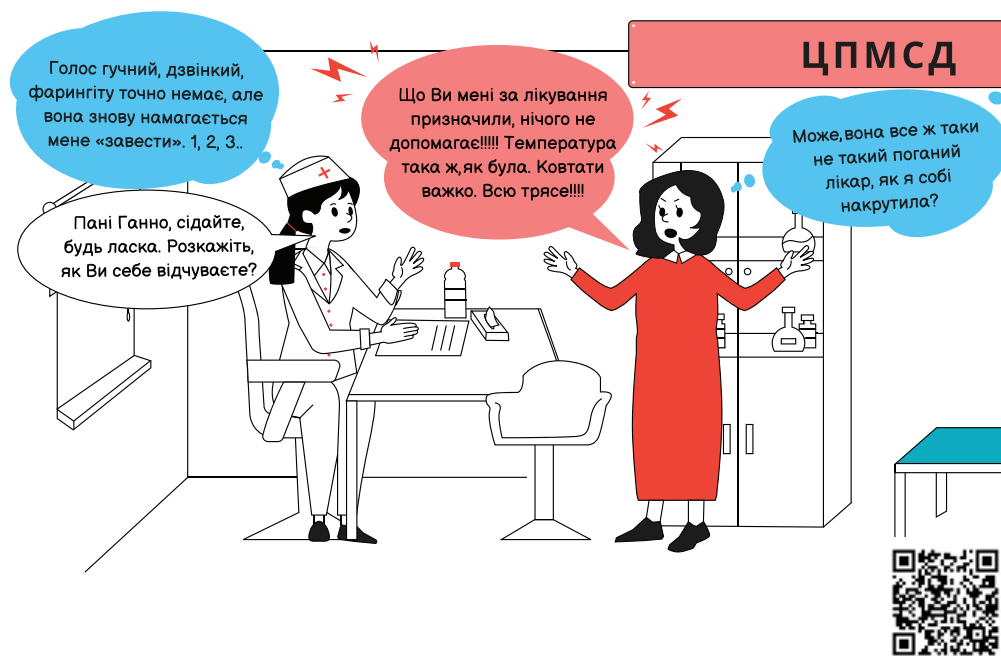


Рис. 17

Після запрошення Ганни до кабінету лікар перейшла до наступного кроку протоколу BUSTER. Літера U (Use nonjudgmental listening) означає «Використання неупередженого слухання».

Акуратний одяг, відкрита поза (не займання оборонної позиції), відповідність голосу доброзичливому виразу обличчя підтверджували налаштованість лікаря на допомогу Ганні.

Важливим компонентом активного слухання є вміння уловлювати прояви пацієнта (жести, зітхання) і пов'язувати їх зі сказаними словами. Тут необхідна уважність і спостережливість, щоб відстежити, конгруентна ця інформація чи ні. Пам'ятайте, що йдеться не про вас, а про чужі розчарування, страхи, тривоги, які лежать в основі гніву.

Приділення уваги питанням зручності пацієнта (запрошення сісти на стілець з торця столу, щоб запобігти виникненню бар'єру у вигляді столу), підтримка зорового контакту значно покращують наслідки емоційно важкої розмови.

Важливо також приділити увагу положенню тіла, тону голосу пацієнта, зберігати власні емоції під контролем весь час спілкування.

Під час перших же відповідей Ганни лікарю довелося задіяти другий крок протоколу BUSTER, який називається «Правило шести секунд» та відповідає другій літері в назві протоколу – літера S означає “Six second rule”. Цей крок служить для підвищення рівня своєї емоційної врівноваженості. Лікар порахувала про себе до 6.

Ганні здалося, що лікар дуже співчуває їй та намагається з'ясувати ще якусь важливу деталь в її самопочутті, яка б допомогла зробити вірні кроки для лікування. Тому Ганна вирішила заспокоїтися та якомога докладніше розповісти все, що з нею відбувається (рис. 18).



Рис. 18

Лікарю дуже професійно, завдяки проявленню емпатії, ненав'язливої демонстрації компетентності та повній відсутності засудження пацієнта за його агресивну поведінку, вдалося перевести конфронтацію, яка починала розвиватися в перші хвилини консультації, у конструктивну розмову.

Таким чином, лікар перейшла до наступних двох кроків протоколу BUSTER: «Розкажи мені більше» (літера T – Tell me more) і «Співпереживайте та підтверджуйте» (літера E – Empathize and validate).

!!! Ефективно побудовані відносини дають змогу встановити пріоритети.

Як ми бачимо, лікар не поспішає робити висновки. Аналізує симптоми. Запитує згоду пацієнта на огляд. Отримує зворотний зв'язок від пацієнтки, оскільки пояснює послідовність своїх дій. Пацієнтка, слухаючи спокійний голос та дихання лікаря, стає менш напруженою, і це видно за її позою, вона зручніше сидить на стільці, плечі опущені, руки лежать на колінах долонями вниз, вона згадує, як усе відбувалося. Пацієнтка спостерігає впевнену поведінку лікаря, вона вірить, що перед нею компетентний фахівець, якому можна довіряти.

Вона розповіла, що в її самопочутті нічого не змінилося, температура залишилася на попередніх субфебрильних цифрах й лікування їй не допомогло. Під час розповіді лікар кілька разів уточнювала окремі моменти. А коли лікар запитала, чи не з'явилися у Ганни якісь нові скарги або відчуття, Ганна зрозуміла, що лікар ставиться до неї дуже уважно, й це додало Ганні впевненості, що вона не помилилася, коли обирала собі сімейного лікаря.

Тому Ганна відразу пригадала, що останніми днями, коли вона лягала спати, то до основних скарг додавалося ще й неприємне відчуття дуже частого серцебиття (рис. 19).



Рис. 19

Третій корисний відступ

При слідуванні крокам *T* та *E* протоколу *BUSTER* лікар також задіяла методика норвежського психолога Нільса Гренстада, яка має назву «Триступінчаста ракета». Ця методика інтегрує основні навички спілкування та дає можливість значно підвищити його ефективність. Нільс Гренстад розробив методику на підставі теорії пізнання Артура Янга. Ті, кого дуже цікавить теоретична психологія, можуть ознайомитися з цією теорією окремо. Нас же цікавить поведінка лікаря, яка лікувала Ганну, тому ми в подробицях розберемо сутність саме «Триступінчастої ракети».

Методика допомагає навчитися відгукуватись на очевидне, бути стислим та конкретним у своїх відгуках, знаходячи для цього вірні слова, щоб спонукати пацієнта відверто та повно розповідати про його переживання. Ця техніка навчає усвідомлювати та виражати власні почуття, що може допомогти бути присутнім у консультації та сприяти росту довіри до лікаря з боку пацієнта. Техніка також дає змогу бути завжди «тут і зараз», у теперішньому часі, не відволікаючись на незначні події.

Вибір лікарем саме цієї методики виявився дуже вдалим, сприяв побудові конкретних й ефективних відносин з Ганною. У чому ж полягає суть методики? На першій сходинці лікар зустрічається з пацієнтом. Бачить, чує, нюхає, тобто стикається з очевидністю.

На другій реагує та проектує свої переживання на пацієнта. Перефразовує слова, уточнює зв'язок

слів і жестів у відповідь на побачене, використовуючи вступні слова «Я правильно Вас розумію...», «Я припускаю...».

На третій сходинці лікар дає особистісний відгук «Я хочу уточнити» (табл. 1).

Таблиця 1

Триступінчаста ракета

| | |
|--|--|
| <p>Перша сходинка: лікар («Я») зустрічається з пацієнтом. Пацієнт (стимул)</p> | <p>Я, спостерігач, сприймаю об'єкт, тобто бачу, чую, відчуваю, нюхаю і, завдяки цьому, зустрічаюся з очевидністю, явністю, що вербально та невербально реагує: «Я бачу сльози, коли Ви про це розказуєте»; «Я бачу, Ви стомлені»; «Я бачу, що Ви засмучені»</p> |
| <p>Друга сходинка: з того, що Я спостерігаю та сприймаю, Я проєктую своє занепокоєння на пацієнта</p> | <p>Використовую техніку перефразування «Я проєктую» – «мені здається», «я припускаю» та ін.: «Я Вас правильно розумію, що все, що Вас турбувало, ніяк не змінилося?»</p> |
| <p>Третя сходинка: лікар («Я») дає особистісну відповідь, тобто відмічає, як цей досвід відгукується у ньому</p> | <p>Лікар дає особистісну відповідь, тобто відмічає, як цей досвід відгукується в ньому: «Чи не додалося щось ще?»; «Які лікарські засоби Ви приймали при таких станах?»; «Як давно виникли ці ознаки?»; «Я Вас хочу запитати, з якими подіями це було пов'язано?»; «Я хочу призначити лабораторне або ультразвукове дослідження»</p> |

Після розмови з лікарем Ганна погодилася на повторний огляд. Лікар знову провела повне обстеження. Знову коментувала всі свої дії та розповідала про отримані результати. Ганна вже була спокійна. До неї почала повертатися впевненість, що саме тут їй зможуть допомогти (рис. 20).



Рис. 20

Коли огляд було завершено, лікар запросила Ганну присісти біля неї й натякнула, що розмова буде серйозною. Ганна знову почала хвилюватися, тому що зрозуміла, що щось не так. Вона продовжувала стояти. Весь її вигляд демонстрував, що ці слова лікаря частково спровокували повернення напруженості.

Коли лікар розповіла Ганні, що не може виключити того, що під маскою ГРВІ ховається інше захворювання, й не виключено, що діагноз доведеться змінити, Ганна знову відчула лютю.

З пересердя Ганна почала звинувачувати лікаря: «Так Ви мені ще й не той діагноз встановили?! Все ще гірше, ніж я вважала!» (рис. 21).



Рис. 21

Проте лікар залишалася спокійною, доброзичлива посмішка не сходила з її лиця. Крім того, лікар наполягала на необхідності додаткового обстеження та консультації ендокринолога.

Професійне та впевнене ведення комунікації дало змогу лікарю взяти спілкування в свої руки та перевести його в конструктивне. Лікарю вдалося повернути довіру пацієнтки й отримати дозвіл на повторний огляд.

Фразою «У мене до Вас важлива розмова» лікар перейшла до завершального кроку протоколу BUSTER – літера R позначає «Завершення консультації й рекомендації» («Respond with a wish statement»).

На цьому етапі в даному випадку лікарю вкрай важливо зберігати зацікавлений зоровий контакт, щоб доброзичливий вираз обличчя поєднувався з тембром голосу та інтонаціями. Обґрунтування висновку повинно бути обов'язково аргументованим. Особливу увагу необхідно приділити вербальним і невербальним сигналам пацієнта. Це дуже важливо, оскільки пацієнт не завжди прямо і відкрито висловлюється, тому лікар повинен уловлювати та уточнювати почуття та побоювання пацієнта. Головне прагнення на цьому етапі – досягнення повної узгодженості з пацієнтом.

Ми бачимо, що провідною реакцією пацієнтки в цій ситуації був гнів.

Тому найбільш вірним рішенням лікаря є застосування протоколу CONES.

Лікар наполегливо запросила Ганну присісти біля неї та виразила свою емпатію щодо почуттів Ганни. Пацієнтка все ще залишалася роздратованою, але гнів вже пройшов (рис. 22).

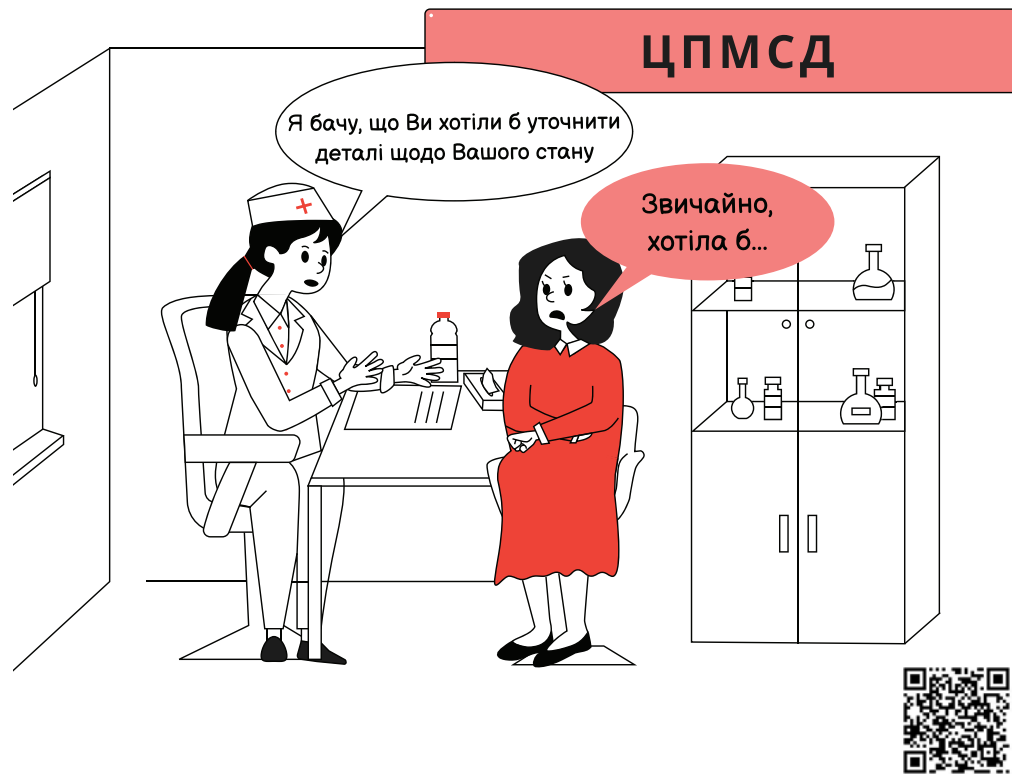


Рис. 22

Лікар впевнено сказала, що хоче й може допомогти Ганні. Що її стан свідчить про ускладнення якогось іншого захворювання, яке за відсутності результатів аналізів на момент першого звернення вона не змогла запідозрити.

!!! Протокол CONES використовується при медичних помилках, погіршенні стану пацієнта, у розмові з родичами померлого.

Цей складається з кількох етапів:

- 1. Context – Організація простору та умов для комунікації.*
- 2. Opening short – Отримати дозвіл на обговорення. Пояснення фактів.*
- 3. Narrative approach – Хронологія.*
- 4. Emotions – Емпатична реакція.*
- 5. Strategy – Вибір конкретного плану дій.*

У нашому випадку літера С протоколу не актуальна, тому що простір для бесіди вже створено, а лікар активно використовує комунікативні навички для конструктивної розмови. Тому лікар перейшла відразу до літери О.

Для цього пропонує пацієнту сісти, щоб повідомити про зміну діагнозу.

Зберігаючи зоровий контакт, спокійний тон, невербально повідомляє, що лікар готова до розмови та несе відповідальність за свої дії.

Поза лікаря відкрита.

Ноги твердо стоять на підлозі, скутості в рухах немає, права рука лікаря спрямована до пацієнта.

!!! За будь-яких умов лікар повинен тримати всі власні емоції під контролем та не займати оборонну позицію.

Дає пацієнтові усвідомити новину.

Звертає увагу на невербальні знаки (обличчя, тон, жести, позу), щоб оцінити емоційний стан пацієнта.

Приймає позицію пацієнта та його право відчувати розчарування від лікування.

!!! Фокус уваги лікаря завжди повинен зберігатися на пацієнтові.

Після цього лікар приймає рішення, що пацієнт готовий для повідомлення важливих новин. Саме повідомлення лікарем зроблено чітко, класифіковано та позначено наміри (попередивши пацієнта, що не все так добре).

Літери N – Narrative approach (Хронологія) та E – Emotions (Емпатична реакція) вже були реалізовані лікарем під час використання техніки «Триступінчастої ракети».

На першій сходинці лікар зустріла Ганну, а побачивши її настрій, констатувала ситуацію фразою: «Я бачу, як Ви засмучені...».

На другій сходинці в процесі спостереження та сприймання пацієнтки лікар спроектувала своє занепокоєння на неї, використовуючи техніку перефразування: «...я Вас правильно розумію? ... у Вас виникли побоювання?».

На третій сходинці лікар дала особистісну відповідь, чітко відмітивши, як цей досвід відгукується в неї: «...Я хочу й можу Вам допомогти вирішити Вашу проблему. Ваш стан свідчить про ускладнення якогось іншого захворювання, яке за відсутністю результатів аналізів на момент першого звернення я не змогла запідозрити...»

Подальшими фразами: «Для уточнення ситуації я рекомендую Вам пройти... Ви згодні зробити це найближчим часом?» лікар надала пацієнтці можливість висловити свої побоювання і сумніви.

!!! Надання пацієнту можливості висловити свої побоювання та сумніви вкрай необхідно для створення ефективного терапевтичного альянсу.

Ганна згадала, що не пішла здавати призначені аналізи після попереднього візиту до лікаря й зрозуміла, що не можна звинувачувати лікаря в помилці – відсутність аналізів та затягнутий на кілька днів візит не дали лікарю можливості вчасно розпізнати інше захворювання. У цьому була винна сама Ганна, але лікар ані словом не натякнула на це.

Четвертий корисний відступ

Лікар повинен знати позицію пацієнта, інакше не проявлені емоції можуть призвести до виникнення або подовження конфлікту, в результаті якого пацієнт не отримає своєчасну медичну допомогу, якої потребує, а лікар відчуватиме дискомфорт від того, що не зміг підібрати ключ до пацієнта.

Для цього лікар зазначає, що пацієнт розсерджений, що під цими проявами криється тривога. Виявляючи емпатію, необхідно наголосити на з'ясуванні того, як сталася помилка. Потрібно уникати виправдовувань або покладання провини на самого пацієнта. Усі факти необхідно пояснювати так, щоб пацієнт їх повністю зрозумів. Для цього інформацію подають дозовано з постійною перевіркою повного її розуміння пацієнтом після кожної частини інформації.

Тому коли лікар запитала Ганну про згоду пройти обстеження найближчим часом, Ганна відразу погодилася й пообіцяла зробити все наступного ж дня.

Завершуючи розмову, лікар запропонувала Ганні разом скласти чіткий план подальших дій та лікування відразу після отримання результатів обстеження (рис. 23).

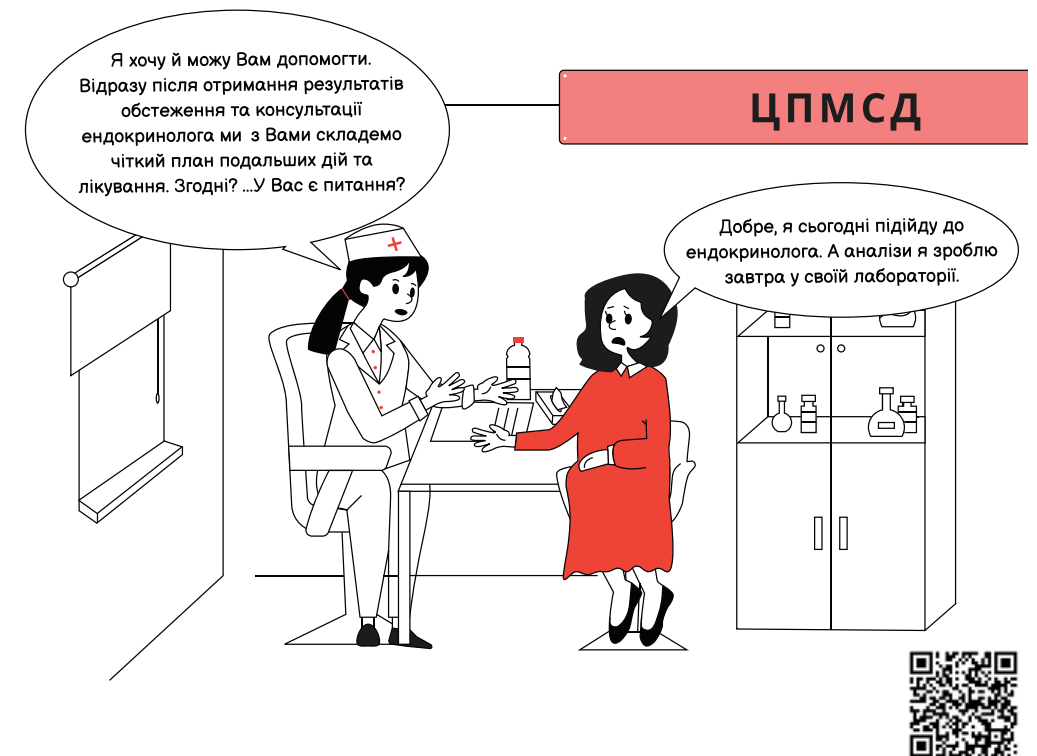


Рис. 23

Крім того лікар уточнила, чи все Ганна зрозуміла й чи згодна вона на пропозицію лікаря. Ганна зрозуміла все, що розповіла їй лікар, а крім того усвідомила, що ніхто, крім неї, не зможе боротися за її здоров'я. А лікар може лише надавати допомогу в пошуку вірного шляху. Тому від лікаря Ганна вийшла цілком задоволеною й налаштованою на обстеження (рис. 24).



Рис. 24

Літера S – Strategy.

Останній крок протоколу CONES потребує від лікаря вибору конкретного плану дій. На даному етапі необхідно підсумувати все та чітко й лаконічно обговорити з пацієнтом.

Як і на попередньому етапі, важливо переконатися, що пацієнт зрозумів все вірно.

Потрібно скласти запасний план.

!!! Складання плану є найважливішим кроком при завершенні консультації.

Поясніть пацієнтові, що робити, якщо щось піде не за планом. Поясніть, що пацієнт може зв'язатися з лікарем по телефону або звернутися у швидку допомогу.

Лікар повинен говорити спокійним твердим голосом, показуючи свою сумлінність та відповідальність, підтримуючи при цьому точки емоційного дотику та узгодження, які виникли у нього з пацієнтом.

Важливо отримати зворотний зв'язок щодо тактики обстеження у вигляді згоди, кивка, пози, повторення ваших слів.

5.3. Вирок — не вирок. Чудеса протоколу SPIKES

Після повторного відвідування лікаря та зрозуміння власних помилок у ставленні до свого захворювання та важливості виконання всіх призначень лікаря (насамперед, щодо додаткового обстеження) Ганна більш відповідально поставилася до складеного плану обстеження. Через кілька днів результати були отримані. Лікар відразу розповіла Ганні, що всі означені нею симптоми є проявою зовсім не ГРВІ, про яке вони подумали спочатку, а стали наслідками захворювання щитоподібної залози, вузлового зобу, на тлі чого значно підвищився рівень гормонів та розвинувся гіпертиреоз. Саме підвищений рівень гормонів щитоподібної залози й спровокував більшість симптомів, які турбували Ганну. Лікар направила Ганну до свого колеги лікаря-ендокринолога, який призначив пацієнтці пункцію найбільшого вузла щитоподібної залози й повторний прийом після отримання результатів гістологічного дослідження.

Оскільки на цьому етапі настроїв Ганни та професіоналізм лікарів були налаштовані на отримання результату, нічого цікавого з точки зору психології спілкування не відбувалося. Тому не будемо зупинятися на цих етапах, а перейдемо до наступного прийому у лікаря-ендокринолога, на якому Ганна почула свій «вирок», від якого залежала вся подальша поведінка нашої героїні, її настроїв, бажання боротися та перемагати хворобу.

Як ви вже здогадалися, на Ганну чекали не дуже гарні новини, тому лікарю довелося обирати протокол поведінки, який найкращим чином допоміг би пацієнтці уникнути стресу та налаштував її на «бойовий настрій» щодо боротьби з хворобою. У такому випадку «золотим стандартом» у світі вважається протокол SPIKES. Цей протокол використовується при повідомленні поганих новин й потребує від лікаря найбільшої професійної майстерності: віртуозного володіння словом, жестом, вмінням підтримати пацієнта, проявити емпатію у скрутний момент. Лікар має з чуйністю та делікатністю залучити пацієнта до процесу взаємодії, пройти разом із ним нелегкий шлях усвідомлення та прийняття захворювання. Давайте розберемо цей вкрай складний протокол дуже докладно.

Лікар-ендокринолог створив найбільш доброзичливу обстановку: пересунув зручне крісло замість стільця для пацієнта ближче до себе, приготував склянку, пляшку води та серветки (на випадок, якщо Ганна не зможе стримати сліз). Коли Ганна увійшла до кабінету, лікар зі словами: «Доброго дня, Ганно, сідайте, будь ласка! Як Ви себе почуваете?», — уважно на неї подивився та жестом запросив її присісти біля свого столу, ближче до себе. Було видно, що Ганна дуже хвилюється, навіть боїться почути результати дослідження. Вона відповіла, що її стан не змінився з моменту останнього спілкування з сімейним лікарем (рис. 25).

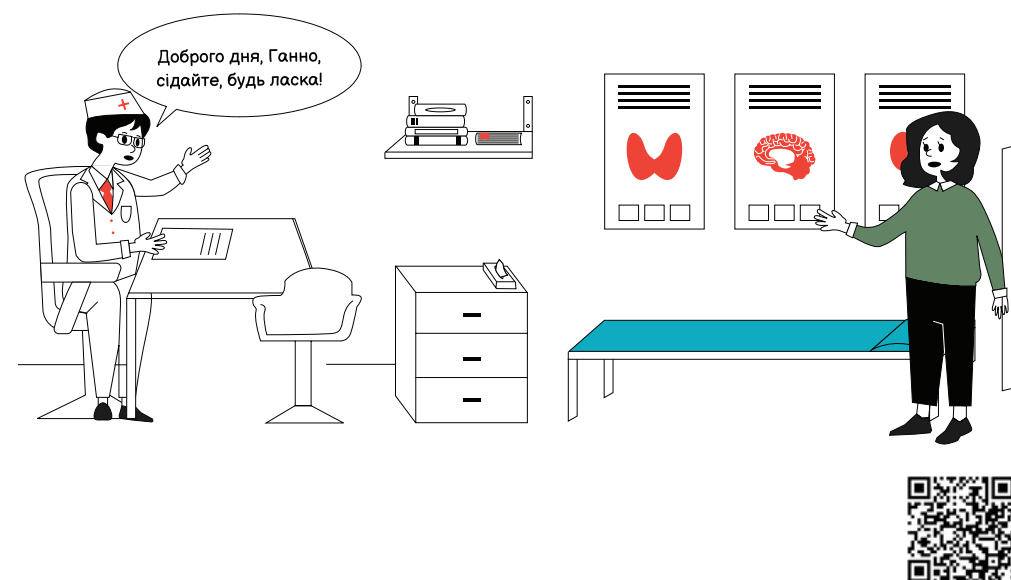


Рис. 25

Коли Ганна прийшла до лікаря-ендокринолога, вона дуже нервувала, тому що розуміла: біопсію просто так не беруть й на неї можуть чекати дуже погані новини. Вона довго стояла за дверима й не наважувалася увійти, а в голові навіть звучав вирок «Ти незабаром помреш...». Але поведінка лікаря та дуже зручне крісло біля його стола натякали Ганні, що все ще може бути добре. Ганна трошки заспокоїлася та налаштувалася на бесіду.

Лікар сказав, що він виділив близько півгодини на спілкування з Ганною й вважає, що цього часу буде достатньо для вирішення всіх питань. Ганна добре пам'ятала, що всі попередні прийоми у лікарів тривали менше часу, тому в думках погодилася з лікарем. Втім, вона чітко розуміла, що лікар дуже зайнятий і якщо він виділив для неї стільки часу, його не можна витратити на безглузді розмови та скарги на життя, але не утрималася від запитання, чи не помирає вона (рис. 26).



Рис. 26

Першим кроком протоколу SPIKES є організація простору для спілкування. Літера S (SETTING UP the interview) означає «Організація співбесіди».

Підготовка обстановки в кабінеті та зовнішнього вигляду лікаря вже були описані нами раніше. При використанні протоколу SPIKES ці вимоги ніяк не змінюються.

Але є деякі особливості щодо поведінки лікаря. Перш за все, це певні невербальні ознаки налаштованості лікаря до пацієнта. До них належать:

– пропозиція пацієнтові сісти з торця столу, щоб стіл не був бар'єром (при цьому родичів або супроводжуючих осіб, яких бажатиме запросити до співбесіди пацієнт, можна буде посадити трохи далі);

– обов'язковий зоровий контакт;

– голос, швидкість мови, інтонація та міміка, які демонструють доброзичливість та емпатію;

– відповідна постава, відкрита поза та жести.

До початку бесіди важливо також подбати, щоб ніщо не відволікало від складної розмови:

– мобільний телефон повинен бути на беззвучному режимі або вимкненим;

– заповнення документації під час розмови не повинно заважати діалогу та взаєморозумінню.

Лікар запропонував Ганні розповісти, як вона розуміє свій стан. Це є дуже добрим варіантом початку розмови за протоколом SPIKES. Ганна відразу відчула увагу до себе, вона зрозуміла, що лікар готовий їй допомогти. Відверта відповідь Ганни допомогла лікарю вірно оцінити її вихідну точку зору та почуття, що особливо важливо у випадках, коли пацієнтка налякана (рис. 27).



Рис. 27

Лікар зміг вибрати вірні невербальні символи для заспокоєння Ганни: він нахилився ближче та торкнувся її руки, яка лежала на столі. Ганна не заперечувала, навіть дійсно відчула деяке заспокоєння.

Коли лікар запитав Ганну, як вона розуміє свій стан, посилаючись на те, що хоче повного порозуміння з цього питання, єдине, що Ганна змогла відповісти, що вона дуже налякана та боїться померти.

Лікар попросив Ганну докладніше розповісти про її думки та почуття щодо захворювання. При цьому, коли голос Ганни затремтів й вона була готова розридатися, лікар посунувся до неї трохи ближче й обережно доторкнувся до її руки. Це подіяло на Ганну заспокійливо.

Під час усього діалогу з самого початку ні за яких обставин не можна піддавати осуду погляд пацієнта на ситуацію. Навпаки, ситуація потребує проявів емпатії для вираження розуміння та поваги до почуттів пацієнта.

Під час всієї розмови важливо уловлювати невербальні сигнали з боку пацієнта (мова тіла, мовлення, міміка, емоції), реагувати на них, перевіряти правильність свого відчуття емоцій пацієнта та виражати розуміння.

Після створення всіх умов для відвертої бесіди лікар переходить до наступного кроку протоколу SPIKES, який позначений літерою P (Assessing the Patient's PERCEPTION) й означає «Оцінка розуміння пацієнтом серйозності свого стану».

Необхідно запитати, про що думає, що відчуває пацієнт, це необхідно прояснити для продовження довірчої розмови.

Потрібно звернути увагу на реакцію пацієнта, а не тільки на те, що він каже. У таких випадках важливо уникати передчасного надання інформації, пояснень або щось радити без узгодженості з пацієнтом.

Дії лікаря повинні допомогти пацієнту повідомити про свої припущення, про страх смерті (якщо він дійсно є). У відповідь лікар повинен продемонструвати своє розуміння труднощів пацієнта за допомогою емпатичної невербальної комунікації (міміка, близькість, розташування, дотик, тон голосу або мовчання).

Лікар сказав, що бачить хвилювання та сильні емоції, з якими Ганні важко впоратися. Коли Ганна розповіла все про своє відчуття хвороби, вона схилила голову та зітхнула.

Спілкування, яке вів лікар, було для Ганни не зовсім звичним, воно відрізнялося від того, що було при попередніх прийомах у лікарів. Але ставлення лікаря та його здатність тонко відчувати внутрішній стан Ганни зробили свою справу: Ганна припинила нервувати, повністю підготувалася зустріти будь-які новини конструктивно (рис. 28).



Рис. 28

Коли лікар побачив, що Ганна готова отримати інформацію про своє захворювання, він уточнив у неї, чи розповісти докладно про результати обстеження, чи коротко їх позначити й обговорити план лікування. Ганна відчула, що страху більше немає, вона готова боротися за себе, а для цього хоче знати всю інформацію. Вона підвела голову та дивлячись в очі лікарю сказала про це.

Наступний крок протоколу SPIKES призначений допомогти лікарю вивести комунікацію з пацієнтом на той рівень, коли спілкування буде найбільш ефективним. Цей крок позначений літерою I та має назву «Отримати дозвіл на обговорення» (obtaining Patient's INVITATION). Провідне правило цього кроку – «Питай, перш ніж розповідати».

Лікар використав вже знайому вам техніку «Триступінчастої ракети»: спочатку він продемонстрував свою увагу до Ганни: «Я бачу Ваше хвилювання»; потім лікар озвучив свою емпатію: «...це дуже сильні емоції, з ними важко впоратися»; насамкінець лікар запитав про той обсяг інформації, до якого готова пацієнтка: «Добре, що ви про них розповіли». (пауза) «Ви готові отримати повну інформацію про результати обстеження або Вам коротко позначити результати та обговорити план лікування?».

Застосувавши метод «Триступінчастої ракети», лікар виявив чуйність, розуміння сильних емоцій, виказав підтримку. Попереднє уточнення інформованості пацієнтки до моменту консультації та з'ясування, наскільки сильно вона хоче отримати інформацію, допомогли лікарю чітко побудувати подальше спілкування. Таким чином, на даному етапі протоколу, запитавши пацієнтку, чи хоче вона знати подробиці стану здоров'я та лікування, лікар чітко сформулював цілі та форму подальшого обговорення.

Коли Ганна продемонструвала свою готовність спокійно почути будь-які новини про себе, лікар сповістив її, що новини будуть погані, тому що при гістологічному дослідженні були знайдені злякисні клітини. Незважаючи на передню підготовку, вона не змогла стримати сліз (рис. 29).



Рис. 29

Лікар чітко та звичайними словами (без спеціальних незрозумілих для Ганни термінів) пояснив, що відбувається з її організмом та щитоподібною залозою. Розповів про можливі чинники, які могли спровокувати хворобу. Ганна навіть відчула, що тепер вона знає про себе все необхідне для того, щоб не піддаватися страху, який завжди з'являвся у неї, коли вона чогось не розуміла та не знала як з цим бути.

Після проведеної підготовки лікар і пацієнтка повністю підготувалися до четвертого кроку протоколу SPIKES, який позначений літерою K та означає «Надання інформації пацієнту» (Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient).

На цьому етапі дуже важливими є такі особливості розмови:

- не затягувати, але й не давати одразу багато інформації пацієнту;*
- стежити за темпом розповіді та темпом розуміння пацієнта;*
- обережно вибирати слова, враховуючи реакції та емоції пацієнта;*
- постійно стежити за невербальними проявами пацієнта, помічати їх та відразу реагувати;*
- допускати періоди «відключення» — це час, коли пацієнт перестає слухати;*
- дозволяти висловлювати заперечення;*
- робити паузи.*

У випадку з Ганною лікар завжди помічав невербальні прояви пацієнтки, давав їй усвідомити, що новина буде складною, робив паузи. Лікар виявляв участь і переривав мовчання, коли пацієнтка готова була продовжувати розмову. Даний крок протоколу також потребує від лікаря допомоги пацієнтці в зосередженні уваги на тому, що є варіанти продовження життя й це можна, й навіть необхідно, обговорювати (рис. 30).



Рис. 30

Коли Ганна заходила до кабінету, лікар бачив, що її підтримував чоловік, який залишився в коридорі. Тому для додаткової підтримки стійкого психологічного стану Ганни та запобігання розвитку стресу лікар запропонував запросити його до кабінету, якщо це зможе допомогти Ганні у важкій розмові. Ганна з радістю погодилася (рис. 31).



Рис. 31

Чоловік Ганни був також дуже стурбований її станом, нервував. Але спокійний тон лікаря та майже спокійна поведінка Ганни зробили своє. Тому чоловік теж швидко налаштувався на конструктивну розмову (рис. 32).



Рис. 32



Рис. 33



Пропозицією запросити когось з близьких Ганни приєднатися до розмови лікар перейшов до наступного кроку протоколу SPIKES. П'ятий крок протоколу позначений літерою E, що означає «Співчутливе ставлення до емоцій пацієнта. Емпатична реакція» (Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses).

Отже, лікар підтримує пацієнтку, надавши їй можливість відчувати себе не самотньою. Таким чином лікар підкреслив свої наміри співпраці з Ганною, проявив увагу до її почуттів у біді та її побоювань, продемонстрував турботу. На даному етапі лікар повинен вміти виразити емпатію голосом, темпом мови або мовчанням (в залежності від стану та реакції пацієнта). Лікар має повідомляти про свій компетентний погляд й ні за будь-яких обставин не повинен принижувати пацієнта або тиснути на нього своїм авторитетом. Якщо пацієнт намагається уникнути розмови, лікар повинен зрозуміти думки пацієнта. А відновленню розмови в такій ситуації допоможе додатковий прояв поваги до особи пацієнта та стимулювання пацієнта ставити запитання.

Лікар повинен дати зрозуміти пацієнту, що готовий співпрацювати з ним, обговорювати різні варіанти лікування, підтримувати незалежно від вибору лікування. У випадку з Ганною лікар не забував, що обговорення лікування може сильно хвилювати пацієнтку, тому при відчутті її дискомфорту прислухався до бажання Ганни та запросив до розмови її чоловіка (рис. 33).

Розмова для Ганни дійсно виявилася важкою. Вона дуже хвилювалася, що щось не зможе зрозуміти, що її стан безнадійний, що лікар не буде з нею говорити та відповідати на її запитання. Але вже з перших хвилин спілкування вона відчула та зрозуміла, що потрапила в надійні руки, які дійсно можуть зробити все можливе для її одужання.

І хоча вона почула страшний діагноз, якого боялася більше за все, лікар зміг так зрозуміло їй все пояснити та розповісти про всі можливі варіанти перебігу хвороби, тяжкість якої значно залежить від настрою самого пацієнта, що Ганна зрозуміла — її життя у власних руках і в руках лікаря, якому вона після розмови довіряла повністю.

Вона знала, що на неї чекає важкий шлях, але була впевнена, що за допомогою лікаря зможе все подолати. Лікар дуже докладно й зрозуміло розповів Ганні про всі особливості оперативного втручання, позитивні та побічні ефекти хіміотерапії, про життя після операції та курсу лікування, а також розповів про всі можливі ускладнення, можливість невдачі при лікуванні. Це додало Ганні впевненості, що її не намагаються обманути, не прикрашають дійсний стан справ.

Такий настрій допоміг Ганні подолати все, що чекало її попереду. Навіть негативні розмови з деякими медичними працівниками, з якими доводилося мати справу протягом лікування.

Впевненість в одужанні під час сповіщення діагнозу, яку вселив у Ганну лікар-ендокринолог, допомогла їй не звертати уваги на все, що відбувалося потім.

Саме тому, коли ми зустрілися на вечірці, Ганна була душею компанії й викликала у всіх купу позитивних емоцій.

Пояснивши все, що відбувається з Ганною, її чоловікові, лікар перейшов до останнього, шостого кроку протоколу SPIKES, який позначений літерою S і називається «Пояснення та планування. Завершення консультації» (STRATEGY and SUMMARY).

На цьому етапі лікарю важливо чітко усвідомлювати, що його сили обмежені, процес лікування залежить від багатьох чинників й необхідно утримуватися від марних обіцянок одужання. Важливим етапом цього кроку є можливість для лікаря розповісти про свої почуття та побачити їхнє прийняття пацієнтом, повідомити про співпереживання та побажання пацієнту жити і бути з близькими людьми.

Приділяючи час проясненню очікувань чоловіка Ганни, лікар сфокусував увагу на стані пацієнтки, її почуттях й зробив все можливе, щоб залучити Ганну до співпраці під час лікування, пробудити надію на продовження життя. Важливим стало також встановлення пріоритетів, що можна виправити, а що не можна, та приділення уваги питанням якості життя під час та після лікування.

На цьому етапі консультації лікарю бажано уникати довгих монологів. Необхідно:

- чітко надати важливу інформацію про процедури або операції та можливі відчуття;*
- зрозумілими словами пояснити, для чого це необхідно;*
- заохотити пацієнта ставити питання;*

– обговорити можливість негативного результату.

Важливим було також те, що лікар відгукнувся на засмученість Ганни. Дав їй час на обмірковування, прийняв погляди пацієнтки, не засуджуючи їх. Результатом стало стимулювання пацієнтки активніше брати участь в обговоренні лікування, що привело до більшої задоволеності від консультації як у лікаря, так і в пацієнтки та стало запорукою не тільки подальших довірчих відносин, а й практично одужання Ганни (рис. 34).

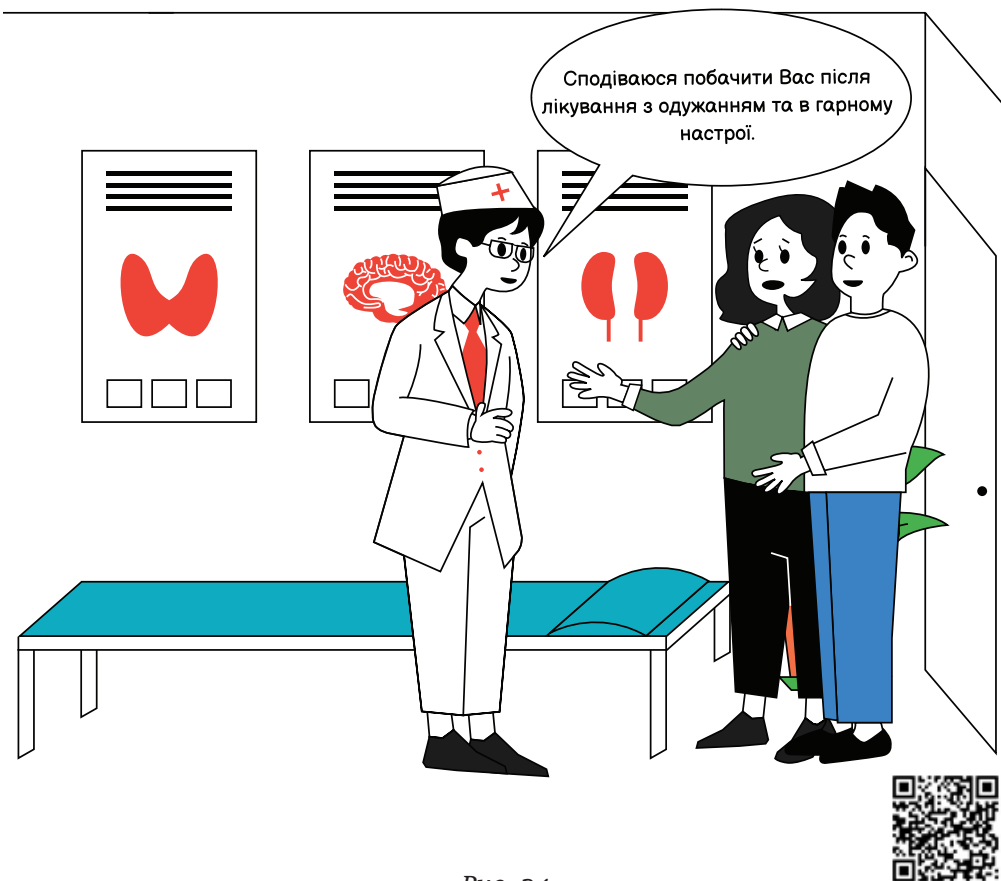


Рис. 34

ЗАМІСТЬ ЕПІЛОГУ

Ми дуже раді, що Ганна змогла подолати хворобу. Вже більше трьох років вона має повну ремісію, а лікар-ендокринолог став для неї та її чоловіка одним з найкращих друзів.

Ганна також часто спілкується з Анастасією Іванівною, яка вчасно спрямувала її до ендокринолога, й дуже їй вдячна за терпіння та професіоналізм.

Ми сподіваємось, що історія Ганни добре продемонструвала, яким важливим може стати спілкування з лікарем для подальшого життя пацієнта, особливо у важких випадках. Другу частину навчального посібника ми вирішили присвятити розгляду негативного досвіду Ганни при спілкуванні з медичними працівниками та трошки пофантазували щодо можливих сценаріїв для Ганни, якщо б лікарі поводитися інакше.

Розділ 6

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЇ ХВОРОЇ ЛЮДИНИ

Під час фізичного захворювання психологічний стан людини може зазнати різних змін й мати певні особливості. Це стосується всіх сфер: емоційної, соціальної, поведінкової, сфери думок, загострення певних рис характеру. У цьому розділі ми наведемо деякі з них.

Емоційна реакція. Люди часто відчувають страх, тривогу, сум та інші негативні емоції, пов'язані з захворюванням. Вони можуть відчувати втрату контролю над своїм життям і почувати себе вразливими.

Стрес. Фізичне захворювання може бути джерелом значного стресу. Люди можуть хвилюватися через незрозумілість діагнозу, можливі наслідки захворювання, ускладнення процесу лікування тощо.

Сприйняття тіла. Зміни в тілі, пов'язані з захворюванням або лікуванням, можуть вплинути на сприйняття власного тіла. Це може викликати почуття незадоволення власним зовнішнім виглядом і зниження самооцінки.

Соціальна ізоляція. Захворювання може призвести до обмеження фізичних можливостей та потреби у відпочинку. Це може вплинути на соціальні взаємини і викликати відчуття відчуженості та ізоляції.

Відносини з іншими. Захворювання може вплинути на взаємини з близькими. Деякі люди можуть відчувати підтримку та розуміння, тимчасом як інші можуть стикатися з непорозумінням і недорозумінням.

Депресія та тривожність. Фізичне захворювання може бути фактором ризику для розвитку депресії та тривожних розладів. Іноді це пов'язано з фізіологічними змінами в мозку через захворювання.

Прийняття. З часом люди можуть змиритися зі своїм захворюванням і знайти способи, як жити повноцінним життям, незважаючи на фізичні обмеження.

Посттравматичне зростання. Деякі люди можуть знаходити позитивні аспекти у своєму досвіді захворювання, такі

як покращення самопізнання, більша цінність життя, глибше розуміння інших тощо.

Важливо наголосити, що реакція на захворювання є індивідуальною і залежить від багатьох факторів, таких як попередні психологічні характеристики людини, підтримка оточення, вид захворювання, ступінь симптомів та багато інших. Іноді професійна психологічна підтримка може бути корисною для допомоги в прийнятті та освоєнні нової реальності, допомогти впоратися з емоційними викликами, пов'язаними із захворюванням.

На початку консультації перед лікарем стоїть нелегке завдання: вловлювати невербальні та вербальні прояви пацієнта, щоб закласти фундамент для довірчих стосунків, припустити психотип пацієнта, який перед ним, і розуміти, на які реакції від нього можна очікувати і за яким протоколом краще вибудовувати своє спілкування. Психологічні типи пацієнтів можуть бути досліджені з різних точок зору, в залежності від підходу до психології та медичної практики. Особливості психології хворої людини також можуть варіювати залежно від характеру захворювання та індивідуальних рис пацієнта. Однак деякі загальні риси можна виділити.

Емоційна реактивність. Деякі пацієнти можуть мати схильність до інтенсивних емоційних реакцій на власний стан здоров'я. Це може проявлятися в підвищеній тривозі, депресії, панічних атаках тощо.

Здатність до співпраці. Деякі пацієнти можуть бути більш схильні слухати медичні рекомендації, дотримуватися режиму та лікування. Інші ж можуть бути менш відкритими для співпраці та відмовлятися від необхідних дій.

Стрессова вразливість. Хвороба може збільшити вразливість пацієнта до стресу та негативних подій. Це може призвести до погіршення психологічного стану та загострення симптомів.

Копінг-стратегії. Кожна людина має свої способи управління стресом і скрутними ситуаціями. Деякі пацієнти можуть шукати підтримки в родині та друзів, інші можуть відчувати бажання відірватися від реальності.

Інформаційна сприйнятливність. Пацієнти можуть по-різному сприймати інформацію про стан свого здоров'я. Деякі можуть шукати велику кількість інформації та розмірковувати над нею, інші – уникають докладних деталей.

Самоідентифікація з хворобою. Деякі пацієнти можуть ставити хворобу у центр своєї особистості, ідентифікувати себе з нею. Це може впливати на їхню самооцінку, відчуття себе.

Сприйняття контролю. Деякі люди можуть відчувати нездатність контролювати своє здоров'я та ситуацію навколо. Це може призвести до почуття безпорадності та страху.

Підтримка та соціальна ізоляція. Пацієнти можуть шукати підтримку у родини, друзів і фахівців у галузі здоров'я, але також можуть відчувати соціальну ізоляцію через свою хворобу.

Важливо розуміти, що кожна особа є унікальною, а підходи до роботи з пацієнтами повинні бути індивідуальними, побудованими на взаєморозумінні та співпраці. Індивідуальний підхід враховує психологічні особливості кожного конкретного пацієнта, допомагає створити більш ефективний план лікування та підтримки.

Психологи та психіатри використовують різні класифікації психологічних типів пацієнтів для кращого розуміння їхніх особливостей та вибору найефективніших методів лікування. Однак важливо розуміти, що кожна особистість є унікальною, а класифікації можуть бути спрощеними або недосконалими. Ось деякі з популярних психологічних типів пацієнтів.

Типи за реакцією на стрес:

Тип А. Особи, які схильні до конкурентного та надміру напруженого способу життя. Часто відзначаються посиленням заняттям роботою, нетерплячістю та загостреною вразливістю до стресу.

Тип В. Особи, що уникають взаємодії, «закриваються» у собі. Іноді поведуться «спокійно», не конфліктують, кажуть, що нічого не потрібно. Часто такі люди травмовані більше і потребують допомоги.

Типи за особистісними рисами:

Екстраверти. Люди, які орієнтовані у своїх проявах на енергійні, потребують спілкування та прагнуть нових вражень на оточення.

Інтроверти. Особи, які більш внутрішньо спрямовані, схильні до відчуттів самотності та менше залежать від зовнішніх подразників.

Для кращого розуміння ми також вважаємо доречним

навести у табл. 2 класифікацію основних розладів особистості за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та Діагностичним і статистичним посібником з психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5). За цими класифікаціями розрізняють типи психічних розладів.

Таблиця 2

Класифікація основних розладів особистості за МКХ-10 та DSM-5

| МКХ-10 | DSM-5 |
|---|-------------------------|
| | Кластер А |
| Параноїдний (F60.0) | Параноїдний |
| Шизоїдний (F60.1) | Шизоїдний |
| | Шизотиповий |
| | Кластер В |
| Дисоціальний (F60.2) | Антисоціальний |
| Емоційно-нестійкий (F60.3): • Імпульсивний тип (60.30) • Межовий тип (F60.31) | Межовий |
| Істеричний (F60.4) | Істеричний |
| Інші специфічні розлади особистості (F60.8) • Ексцентричний • Розгальмований • Незрілий • Нарцисичний • Пасивно-агресивний • Психоневротичний | Нарцисичний |
| | Кластер С |
| Тривожний (F60.6) | Уникаючий |
| Залежний (F60.7) | Залежний |
| Ананкастний (F60.5) | Обсесивно-компульсивний |

За DSM-5 вирізняють три кластери: кластер А, кластер В і кластер С.

Кластер А (параноїдний, шизоїдний, шизотиповий). Розлади особистості мають загальну назву «дивні, або ексцентричні, розлади». Спільними рисами розладів цього кластера є соціальна незграбність та ізоляція, а також викривлене мислення.

Кластер В (театральні, емоційні або нестійкі розлади) охоплює антисоціальний, межовий, істеричний і нарцисичний розлади особистості. Спільною характерною ознакою цих розладів є проблеми із самоконтролем (імпульсивність) та емоційною регуляцією.

Кластер С (унікаючий, залежний та obsесивно-компульсивний розлади особистості) мають назву «тривожні й панічні (боязливі) розлади». Спільною рисою порушень вказаного кластера є високий рівень тривоги.

Психотипи розрізняють також за стилем сприйняття інформації.

Сенсорні типи: орієнтовані на конкретні факти, докладність, реалізм.

Інтуїтивні типи: віддають перевагу загальному уявленню, мають схильність до абстрактного мислення та глибоких роздумів.

Типи розрізняються за способами вирішення конфліктів.

Агресивні: особи, які виражають свої потреби та думки через агресію та конфліктність.

Пасивні: люди, які уникають конфліктів, не виражають своїх потреб та часто погоджуються на все.

Асертивні: особи, які виражають свої потреби відверто та без агресії, зберігаючи повагу до інших.

Типи розрізняються за реакцією на зміни.

Резистентні: люди, які уникають змін, відчувають стрес від нових ситуацій.

Адаптивні: особи, які швидко адаптуються до змін та вміють вирішувати нові завдання.

Це лише загальні класифікації, і кожна людина може мати комбінацію різних характеристик, але вони можуть проявитися тільки внаслідок тих чи інших обставин, які можуть бути активізовані хворобою, стилем спілкування, попереднім досвідом. Тому лікарю важливо знати індивідуальні особливості кожної людини для ефективної допомоги та лікування.

Щоб стосунки лікаря і пацієнта зробити більш наочними, спробуємо використовувати дихотомію понять* — «усвідомлення» і «свобода», запропоновані канадським психотерапевтом Carl Tomp, професором психіатрії медичного факультету Університету Калгарі,

* Дихотомія — це розбиття цілого на дві частини, які одночасно є сукупно вичерпними та взаємовиключними (будь-який компонент обов'язково має належати до однієї з частин й при цьому жоден компонент не може належати одночасно до обох частин).

для опису процесу консультації та ролі лікаря. Автор під терміном «усвідомлення» мав на увазі зміни, що відбуваються з пацієнтом під час консультації, а під терміном «свобода» — вибір поведінки пацієнта у процесі консультації. Нас цікавитиме, як та чи інша позиція лікаря впливає на пацієнта.

Для зручності та наочності ми розробили схему «Терапевтична взаємодія». Типи взаємодії, відображені на схемі, демонструють перетин позицій лікаря та позицій пацієнта, які виділені у 4 квадранти, що описують 4 варіанти терапевтичних відносин лікаря і пацієнта (рис. 35).



Рис. 35

Ліва вертикаль відображає відношення пацієнта до стану свого здоров'я, можливо, небажання пацієнта підтримувати здоровий спосіб життя (режим праці та відпочинку, достатній сон, фізична активність, збалансоване харчування, саморегуляція), неусвідомлене, неадекватне сприйняття своїх тілесних симптомів. Пацієнти можуть бути не критичними до свого стану, можуть гіперболізувати тяжкість своєї недуги.

Права вертикаль — пацієнти, які помічають хворобливі симптоми, усвідомлюють, що в організмі з тих чи інших причин відбуваються зміни. Пацієнти не уникають говорити про свій стан. Вони можуть

знаходити зв'язок з різними подіями, які могли вплинути, і готові взаємодіяти з лікарем, щоб покращити якість життя.

Верхня горизонталь відображає ставлення лікаря до своєї роботи, невміння та небажання будувати партнерські відносини. Лікар не використовує невербальні навички для зміцнення довірчих відносин, не залучає пацієнта до діалогу, не запитує про його почуття та очікування, не вважає за можливе обговорювати варіанти лікування з пацієнтом і робити це у доступній та зрозумілій формі.

Нижня горизонталь: лікар використовує вербальні та невербальні навички для побудови довірчих взаємин з пацієнтом. Поважно слухає, не перебиває, щоб отримати важливу інформацію щодо хвороби, для правильного встановлення діагнозу. Пояснює зрозумілою мовою причинно-наслідковий зв'язок хворобливих проявів та способів позбавлення від недуги. Вміє шанобливо реагувати на слова пацієнта, не висловлюючи засудження. Показує, що пацієнт має право на власну думку, почуття, йому це необхідно для усвідомлення своєї позиції щодо свого стану і потреб. Використовує невербальні навички комунікації, щоб акцентувати вербальні повідомлення тілесних відчуттів, а також з приводу рекомендованих процедур, аналізів та лікування, цінує прагнення пацієнта брати активну участь у діагностиці та лікуванні. Це необхідно для того, щоб пацієнт відповідально виконував розпорядження і одужував.

Ці чотири простори демонструють різні напрями піклування про пацієнта.

Простір маніпуляції. Пацієнт не отримуватиме зрозумілу інформацію про діагноз, можливі ускладнення та побічні реакції, варіанти лікування, не розумітиме своєї ролі, не зможе висловити свою точку зору, ділитися своїми емоціями, очікуваннями і в результаті не дотримуватиметься рекомендацій лікаря, що призводить до погіршення стану здоров'я.

Простір конфронтації. Пацієнт не отримуватиме достатню кількість інформації про діагноз, можливі ускладнення та побічні реакції, варіанти лікування, може висловлювати свою точку зору, але емоційної підтримки, прийняття від лікаря не отримуватиме і в результаті не дотримуватиметься рекомендацій лікаря, що призводить до погіршення стану його здоров'я.

Простір опіки. Пацієнт отримуватиме достатню та зрозумілу інформацію про діагноз, можливі ускладнення та побічні реакції, варіанти лікування, але не розумітиме своєї ролі, не зможе висловити свою точку зору, ділитися своїми емоціями, очікуваннями, тому що не розуміє своїх подальших дій, а в результаті не дотримуватиметься рекомендацій лікаря, що призводить до погіршення стану його здоров'я.

Простір натхнення та зростання. Пацієнт буде отримувати достатню інформацію про діагноз, можливі ускладнення та побічні реакції, варіанти лікування, зможе висловити свою думку, ділитися своїми емоціями, очікуваннями, отримувати емоційну підтримку, прийняття своєї точки зору, обговорюватиме найкращий план лікування і в результаті дотримуватиметься рекомендацій лікаря, що приведе до одужання.

Давайте на прикладі взаємовідносин Ганни й лікаря Анастасії Іванівни розглянемо, як би могла відбуватися ця ситуація (рис. 36-41).

Простір маніпуляції



Рис. 36

На рисунку ми бачимо, що лікар одягнена у чистий випрасуваний халат, сидить в добре освітленому теплому приміщенні. Лікар і пацієнтка розташувалися навпроти одна одної таким чином, що стіл є бар'єром, а це заважає створенню партнерських взаємин. Лікар привітала пацієнтку, але не звертає увагу на її хвилювання. Емоційно не реагує. Уточнила ім'я та прізвище; запитала, як краще звертатися до неї. Опитує, коли з'явився головний біль, першіння в горлі, чи немає скарг.

За перші хвилини спілкування складається перше враження, готується ґрунт для подальшої взаємодії. У цій ситуації лікар байдуже слухає розповідь пацієнтки і не виражає емпатію. Не схиляє пацієнтку до діалогу. Оглядає, призначає аналізи, лікування, не з'ясовуючи, чи все Ганна зрозуміла. Можливо, пацієнтка не виконуватиме рекомендації лікаря, а хвороба може призвести до ускладнень.



Рис. 38

Лікар і пацієнтка розташувалися під кутом, але спина лікаря відхилена, що не сприяє створенню партнерських взаємовідносин. Вона привітала пацієнтку, бачить, що жінка дуже налякана, сидить у напруженій позі. Лікар не звертає увагу на хвилювання пацієнтки. Емоційно не реагує. Уточнила ім'я та прізвище; запитала, як краще звертатися до неї. Після цього лікар повідомляє пацієнтці про необхідну консультацію у лікаря-ендокринолога, не підготувавши пацієнтку до розмови. Тож бачимо, як відсутність емоційної підтримки призводить до конфлікту. Лікар швидко перейшла до зміни діагнозу, що призвело до прояву гніву пацієнтки. Пацієнтка змінює позу, пересідає навпроти лікаря, «захищаючись» від байдужості.

Найімовірніше, що ця консультація закінчується. В результаті, можливо, буде написання скарги на некомпетентність лікаря, погіршення здоров'я пацієнтки через стрес і втрачений час.

Простір конфронтації



Рис. 37

Простір опіки



Рис. 39

Простір натхнення



Рис. 40

В описаній ситуації ми бачимо, що лікар відкладає попередні справи, доброзичливо дивиться на пацієнтку, він підтримує зоровий контакт, має відкриту позу: права рука спрямована на пацієнтку, долоня відкрита, корпус трохи нахилений уперед, запрошуючи до розмови. Лікар одягнений у чистий випрасуваний халат, встановлює перший контакт. Привітав пацієнтку, бачить, що вона дуже налякана, сидить у напруженій позі. Виявляючи повагу, подбав про фізичний комфорт (вода, серветки). Такі нехитрі прийоми ввічливості полегшують подальшу комунікацію.

Потім лікар пояснює, яким буде, на його погляд, лікування. Не розповідає пацієнтці та її чоловікові про різні варіанти лікування, не запитує про їхні очікування, про можливі побічні ефекти, зважаючи на те, що пацієнтка та її чоловік не готові ставити запитання.

Таким чином, ми матимемо наслідки для кожного з варіантів терапевтичної взаємодії (рис. 41).

Наслідки терапевтичної взаємодії

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|---|
| | Терапевтичне насильство | | |
| З А К Р И Т І С Т Ь | МАНІПУЛЯЦІЯ | КОНФРОНТАЦІЯ | В І Д К Р И Т І С Т Ь |
| | Впертий | Некерований | |
| | Опірний | Ненормальний | |
| | Непробивний | Неправильний | |
| | ОПІКА | НАТХНЕННЯ | |
| | Наївний | Невільний від хвороби | |
| | Дурний | Пригнічений | |
| | Сліпий | Стриманий | |
| | Терапевтичне прийняття | | |

Рис. 41

Ці чотири простори, зображені на рисунку, демонструють різні напрями піклування про пацієнта.

Лікар тією чи іншою мірою поєднує у своїй роботі всі чотири позиції. Тільки пропорції їхньої присутності в лікарській практиці

бувають різними. Якщо лікар усвідомлює свою роль у веденні консультації, то працює більш ефективно, виявляючи свої професійні та комунікативні навички, скорочує кількість конфліктних ситуацій, а пацієнти відповідальніше виконують його рекомендації.

Таким чином формуються етичні позиції лікаря, які відповідають описаним просторам, напрями можливої роботи з пацієнтом (рис. 42).

| Мапа етичних позицій лікаря | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| МАНІПУЛЯЦІЯ | КОНФРОНТАЦІЯ |
| «Мета виправдовує засоби» | «Тільки жорсткі рамки» |
| ОПІКА | НАТХНЕННЯ |
| «Лікар краще знає, що робити» | «Ми разом можемо приймати рішення» |

Рис. 42

Як ви помітили, прояви емоцій та почуттів мають значення для проведення ефективною консультації. Завдяки виявленим почуттям, створюється «живильне середовище» для довірчих відносин. Хвороба робить пацієнта вразливим, пацієнтові часто страшно говорити про свої побоювання, очікування, ставити запитання, боячись отримати поблажливу відповідь від лікаря. Таким чином між лікарем і пацієнтом «виростає» стіна непорозуміння, яка позбавляє пацієнта підтримки, співпереживання. Та й лікар, що «ховається» за раціональність і надмірну холоднокровність, позбавляє себе можливості розділити радість від процесу консультування. Почуття «зачіпають за живе», змушують бути вразливими, сумніватися, але з другого боку – вселяють надію та спонукають почуватися щасливими.

Як швидко й точно визначити всі психологічні особливості пацієнта в перші ж хвилини спілкування, ми обов'язково розповімо вам у нашому наступному підручнику.

Розділ 7

ПРОБЛЕМИ І ВИКЛИКИ ПРИ СПІЛКУВАННІ З ПАЦІЄНТАМИ

Спілкування лікаря з пацієнтом є важливим аспектом надання якісної медичної допомоги, але неефективне спілкування також може виникнути з різними проблемами і викликами. Ось деякі з них.

Часова обмеженість. Лікарі часто мають обмежений час для кожного пацієнта, що може ускладнювати встановлення ефективного спілкування.

Труднощі при поясненні медичних термінів. Лікар повинен вміти пояснити складну медичну інформацію пацієнтам так, щоб вони зрозуміли і могли прийняти відповідні рішення.

Емоційна реакція пацієнтів. Пацієнти можуть бути емоційно вразливими в моменти страху, тривоги або гніву, а лікарі повинні вміти ефективно взаємодіяти з цими емоціями.

Відмова від лікування. Деякі пацієнти можуть відмовлятися від рекомендацій лікаря або від лікування взагалі, що може вплинути на їхній стан і потребувати додаткового переконування та підтримки.

Надмірне або неправильне використання інтернет-інформації. Пацієнти можуть знаходити медичну інформацію в Інтернеті, яка може бути недостовірною або неправильною, тому лікарі повинні вміти відповідати на запитання та виправляти помилкові уявлення.

Культурні та мовні бар'єри. Лікарі можуть мати справу з пацієнтами різних культур, які можуть потребувати особливої уваги до міжкультурного спілкування та перекладу.

Важкі розмови. Спілкування про паліативну допомогу, неблагополуччя або інші важкі теми може становити неабиякі виклики для лікарів і пацієнтів.

Недостатня співпраця між лікарями. У деяких випадках необхідно обмінюватися інформацією між різними спеціалістами, що може призвести до проблем спілкування.

Розв'язання цих проблем потребує навичок ефективного спілкування, емпатії та здатності адаптувати підхід до конкретних потреб кожного пацієнта. Також важливо розвивати навички слухання та спілкування в команді з іншими фахівцями у галузі охорони здоров'я.

Вважаємо, що будь-які проблеми, які стосуються спілкування, більш зручно й ефективно розглядати на конкретних прикладах. Тому в цьому розділі пропонуємо розглянути ситуації, в яких у лікаря можуть виникнути труднощі.

7.1. Підозріливий пацієнт

Пацієнтка 60 років, яка страждає на цукровий діабет тяжкої форми, знаходиться в ендокринологічному відділенні лікарні. У зв'язку з появою ускладнень діабету її лікар-куратор запросив до неї на консультацію лікаря-хірурга. Консультація відбувається в спеціальній оглядовій кімнаті відділення. Пацієнтка зайшла до кімнати зі скептичним виразом обличчя. Звертається до лікаря зарозуміло, твердим голосом, що не терпить заперечень. Рухи цілеспрямовані, енергійної людини. Простір в оглядовій кімнаті забезпечує розташування пацієнтки навпроти лікаря та відсутність бар'єрів. Лікар перевів телефон у беззвучний режим, привітав пацієнтку та продемонстрував невербальні навички активного слухання.

Між лікарем і пацієнткою стався такий діалог.

Лікар. Доброго дня, пані Маріє! Чи можу я до Вас так звертатися?

Пані Марія. Доброго дня. Я Марія Василівна.

Лікар. Сідайте, будь ласка, Маріє Василівно. Мене звати Іван Іванович Іванів – я лікар-хірург. Я проконсультую Вас.

Пані Марія (недовіжливо). Так, сімейний лікар направив мене до Вас.

Лікар. Пані Маріє, будь ласка, розкажіть мені, що Вас турбує?

Пані Марія (сердито). Моя нога мене турбує, нічого не допомагає. Я думаю, що лікування було неправильне!

Лікар. Я дуже хочу Вам допомогти. Розкажіть мені, що Ви зараз думаєте, або я потім огляну Вас?

Пані Марія (насторожено). Змовились усі. (пауза) Від вашого лікування, тільки гірше! Мій дід мав цукровий діабет, мав гангрену, його лікували неправильно, а потім він помер. (пауза)

Лікар невербально виражає співчуття. (пауза)

Лікар. Пані Маріє, ми можемо продовжити розмову?

Пані Марія киває.

Лікар. У мене є результати обстеження. Ви б хотіли отримати інформацію про результати обстеження та обговорити план лікування?

Пані Марія. Звісно.

Лікар. На жаль, у мене для Вас погані новини, цукровий діабет дав тяжкі ускладнення, Вам потрібна операція.

Пані Марія. Ви нічого не приховуєте від мене?

Лікар. Ні, я нічого не приховую від Вас.

Пані Марія киває.

Лікар (співчутливо та ствердно). Ви готові зараз обговорювати план операції та лікування? Якщо у Вас виникнуть питання, я відповім на них.

Пані Марія. Так.

Лікар бачить, що пацієнтка поводить себе провокаційно, з агресією, підозрою, це виражається через вербальні та невербальні прояви. Він розуміє, що за такою поведінкою ховається страх, спільними рисами якого є соціальна незграбність, а також викривлене мислення.

Лікар поводить себе попереджувально, не уникає відповідати на запитання. Веде діалог з повагою. Повідомляє про конфіденційність. При емоційному напруженні вербалізує своє припущення.

7.2. Сердитий, злий або налаштований пацієнт

На консультацію до лікаря звернувся пацієнт із травмою руки. Вдома він робив невеликий ремонт і вдарив молотком по пальцеві. Він обмотав палець носовою хустинкою і прийшов до поліклініки. Лікар вітає пацієнта, демонструє навички активного слухання.

Лікар. Доброго дня, пане Іване, можу до Вас так звертатися? Сідайте, будь ласка.

Пан Іван. Так.

Лікар. Будь ласка, розкажіть мені, що Вас турбує?

Пан Іван. Лікарю, мене турбують болі у пальці. Молотком випадково вдарив. Болить сильно, подивіться, як опух.

Лікар (одягає рукавички). Дозвольте, я огляну Вас.

Під час консультації лікар вибачається і відволікається на розмову з колегою про ранкову операцію. Лікар бачить, що пацієнт напружений, стиснуті щелепи.

Пан Іван. Я не розумію, чому мені довелося чекати?

Лікар (демонструє навички активного слухання). Вибачте, пане Іване. Я ціную те, що Ви дочекалися мене. Дякую. Я правильно Вас зрозумів, що Ви вдарили палець молотком під час ремонту? Дозвольте, я зніму бинт і огляну?

Пан Іван (невдоволено). Так. Болить, обережно! Я боюся перелому.

Лікар (оглядаючи кінцівку). Призначаю Вам зробити рентген. Я Вам зараз докладно поясню, де Ви можете його провести...

Пан Іван. Я зрозумів.

Лікар. Я чекаю на Вас з результатами. До зустрічі.

Пан Іван. Дякую.

Лікар чує грубий голос, бачить сердите обличчя і розуміє, що у пацієнта сильно болить палець. Вибачається, що змусив чекати, звертається на ім'я, повторює скарги пацієнта, демонструє увагу, оглядає та призначає рентген-дослідження. Не вступає у конфлікт, використовує неупереджене слухання. Не займає оборонну позицію.

7.3. Тривожний пацієнт

У коридорі лікар зустрічає свою пацієнтку, якій робили біопсію. Бачить, що та розгублена, нервово перебирає серветку в руці.

Пацієнтка розмовляє уривчастим голосом.

Лікар демонструє ефективні невербальні дії.

Пацієнтка. Лікарю, я хотіла запитати про свій діагноз.

Лікар демонструє навички активного слухання, запрошує жінку до кабінету або відходить у зручніше місце.

Лікар. Доброго дня, пані Олено. Я чую Ваш тривожний голос. Я розумію, що Ви вже сьогодні хотіли б дізнатись про Ваш діагноз, але нам необхідно дочекатись результатів досліджень. Ми зустрічаємося з Вами 5 вересня о 10:00. Зручно?

Пацієнтка. Так.

Лікар, побачивши пацієнтку, яка виглядає стурбованою, висловлює підтримку вербально та невербально. Використовує навички активного слухання, фасилітацію. Пояснює, коли можна буде дізнатися про результати досліджень, які проходила пацієнтка. Жінка заспокоюється та погоджується прийти наступного дня.

7.4. Іпохондричний пацієнт

На прийом до сімейного лікаря приходять чоловік 40 років із товстою текою, яку він дбайливо притискає до себе.

Лікар (демонструє ефективні невербальні дії). Доброго дня. Як я можу до Вас звертатися?

Пацієнт. Я Олександр. Лікарю, у мене задишка, біль у животі, нудота. А сьогодні ще й кашель.

Лікар (демонструє навички активного слухання). Пане Олександр, я бачу, що Ви засмучені. Вас турбують задишка, біль у животі, нудота, кашель, так?

Пацієнт. Так.

Лікар. Що Ви думаєте про свій стан зараз?

Пацієнт (пауза). Все почалося з розлучення, я весь час хворію, а потім ще з донькою нескінченні сварки, а останнім часом кашель. Нічого не допомагає, у мене, напевно, рак.

Лікар. Ви хвилюєтеся, що хворі на рак, тому не допомагає лікування, яке Вам призначають?

Пацієнт. Так.

Лікар. Я помітив, що ви вже відвідали кількох лікарів і провели багато досліджень, щоб спробувати розкрити причину Ваших

хвороб. Я визнаю, що симптоми є реально важкими для Вас, але вважаю, що ці аналізи вже відкинули будь-які серйозні медичні проблеми. (пауза)

Пацієнт (киває). Лікарі так і кажуть.

Лікар. Ви не заперечуєте, якщо я Вас огляну? (коментує свої дії)
Я вислуховую Ваші легені, оглядаю Ваш живіт...

Пацієнт киває.

Лікар. Я хотів би скласти з Вами план, згідно з яким ми будемо бачитись кожні три-чотири тижні, досить часто, щоб з'ясувати, чи щось справді нове відбувається у Вашому стані. Якщо щось важливе буде розвиватись, ми зробимо додаткові аналізи. Наші зустрічі будуть досить частими для того, щоб Ви були впевнені, що ми нічого не прогаємо. І ми уникнемо незручних і дорогих аналізів та процедур, якщо вони явно непотрібні. Згодні, пане Олександрі?

Пацієнт. Так.

Лікар. Я рекомендую паралельно звернутися до психолога, тому що Ви кажете, що відчуваєте погіршення після сварок з донькою. Зустрічаємось шостого грудня. Згодні?

Пацієнт. Так.

Лікар уважно, терпляче вислуховує пацієнта, розуміючи, що пацієнт припускає, що серйозно хворий, а лікарі не можуть встановити правильний діагноз. Делікатно запитує, чи не пов'язане погіршення стану із взаєминами в сім'ї або на роботі. Таким чином, лікар залучає пацієнта до діалогу та повідомляє, що психологічний стан може впливати на тілесні відчуття. Рекомендує пацієнту паралельно звернутися до психолога, щоб впоратися з емоційно складною ситуацією з донькою.

7.5. Пригнічений або сумний пацієнт

До кабінету заходить згорблений чоловік, з опущеною головою, виглядає сумним, демонструє поведінку уникнення контакту і незацікавленості в навколишньому. Говорить тихо, повільно, зітхає.

Лікар (демонструє навички активного слухання). Доброго дня.
Як я можу до Вас звертатися?

Пацієнт. Я Олександр.

Лікар. Я бачу за Вашим обличчям, що, можливо, Вам важко говорити. (пауза) Чи не будете Ви проти, якщо я буду вас запитувати?

Пацієнт киває.

Лікар. Розкажіть мені більше, як ви себе почуваєте?

Пацієнт. Серце болить... Я вдома ремонт роблю. Підняв мішок із цементом і боляче стало...

Лікар. Добре, що Ви звернулися сюди, я зроблю все, що залежить від мене, щоб допомогти Вам.

Лікар терпляче слухає пацієнта, вербально та невербально повідомляє, що готовий вислухати скарги та докласти всіх зусиль, щоб допомогти пацієнтові.

7.6. Маніпулятивний пацієнт

Лікар (демонструє ефективні невербальні дії). Доброго дня.
Як я можу до Вас звертатися?

Пацієнт. Я Олександр. Призначте мені, будь ласка, препарат «А»!

Лікар (демонструє навички активного слухання). Ви хочете, щоб я Вам призначив препарат «А», я правильно Вас розумію?

Пацієнт (нетерпляче). Призначте мені, будь ласка, препарат «А»!

Лікар. Даний препарат дуже сильний. Розкажіть мені, що Вас турбує? Я можу призначити його, переконавшись, що інші препарати марні.

Пацієнт. Я знаю про свою хворобу більше, ніж будь-який лікар, я прочитав масу літератури, спробував багато препаратів, тому я не знаю, чим Ви мені ще можете допомогти.

Лікар. Я бачу, Ви людина дуже досвідчена. Ми будемо працювати разом, щоб подолати вашу проблему. Згодні?

Пацієнт. Так.

Лікар з повагою слухає пацієнта, незважаючи на те, що пацієнт грубо наполягає на своєму. Уточнює досвід пацієнта, щоб залучити його до діалогу. Прояснює свою позицію.

Лікар. Ця інформація потрібна мені суто для того, щоб краще зрозуміти Вас та спробувати допомогти Вам.

Пацієнт. Усі лікарі так кажуть.

Лікар. То ви вже чули таке? Тоді я розумію, чому Ви такі обережні в наданні інформації про себе...

Пацієнт. Можливо.

Лікар. Ми будемо працювати разом, щоб подолати Вашу проблему. Розкажіть мені про це більше.

Пацієнт. Добре. Вже тиждень і вже свербіж...

7.7. Замкнений пацієнт

На консультацію до сімейного лікаря звернувся підліток. Соромиться. Сором'язливо опускає голову. Червоніє при розмові.

Лікар (демонструє ефективні невербальні дії). Доброго дня. Як я можу до Вас звертатися?

Пацієнт мовчить.

Лікар (демонструє навички активного слухання). Будь ласка, скажіть, як я можу до Вас звертатися?

Пацієнт. Олександр.

Лікар. Пане Олександр, що вас турбує?

Пацієнт червоніє та мовчить.

Лікар (терпляче). Мені здається, що Вам ніяково говорити про себе. Уявіть, що зараз Ви розповідаєте не про себе, а про свого друга. Згодні! Так, що його турбує?

Пацієнт. Пронос.

Лікар, розуміючи сум'яття підлітка, вигадує креативний підхід — розповісти не про свої скарги, а про скарги друга. Цей крок допомагає налагодити контакт підлітка і лікаря, закласти фундамент для довірчих стосунків.

7.8. Балакучий пацієнт

На консультацію до сімейного лікаря звернувся пацієнт, який поводить себе трохи театральнo. Говорить самовпевненим тоном.

Лікар (демонструє ефективні невербальні дії). Доброго дня. Як я можу до Вас звертатися?

Пацієнт. Я Олександр. У мене головний біль. Я працюю без відпочинку, переймаюся своїм станом. Так було місяць тому, але швидко минуло, я був у друзів на вечірці, там мені стало погано. Терпіти не можу, коли щось болить. Люблю, аби все було досконало. До того ж лікарняний взяти не зможу, тому що нікому довірити роботу. Іноді мені здається...

Лікар (демонструє навички активного слухання). Я бачу, Ви любите, щоб все було досконало, я розумію, що це дуже важливо для Вас. Розкажіть мені, чи це може впливати на стан Вашого здоров'я?

Пацієнт. Так. Я люблю, аби все було досконало.

Лікар. Як ви себе почуваєте зараз?

Пацієнт. Нудота, головний біль...

Лікар уважно слухає пацієнта, перефразовує його. Показує зацікавленість у діалозі, але встановлює пріоритети.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які бувають методи активного слухання?
2. Що таке невербальна комунікація з пацієнтом та членами сім'ї?
3. Що таке вербальна комунікація з пацієнтом та членами сім'ї?
4. Які є ознаки ефективного спілкування?
5. Назвіть три навички спілкування.
6. Перерахуйте навички фасилітації.
7. Назвіть ефективні дії в процесі виконання техніки «Триступінчаста ракета» Нільса Гренстада.
8. Які існують особисті якості ефективного лікаря?
9. Перерахуйте психологічні особливості, які можуть знизити комунікативну компетентність.
10. Поясніть чотири моделі взаємодії «лікар – пацієнт».
11. Опишіть сучасні підходи до розуміння і класифікації розладів особистості DSM-5 (кластер А, кластер В, кластер С).
12. Опишіть традиційну модель збору інформації.
13. Деталізуйте альтернативну модель збору інформації. Пацієнт-центрований підхід при збиранні інформації.
14. Які існують типи складних пацієнтів?
15. Що таке CLASS-протокол?
16. Назвіть 5 ключових етапів комунікації «лікар – пацієнт»?
17. Які ефективні дії протоколу CONES?
18. Які ефективні дії протоколу EVE?
19. Які ефективні дії протоколу SPIKES?
20. Які ефективні дії протоколу BUSTER?
21. Опишіть Калгарі-Кембриджську базову модель медичної консультації.
22. Яке визначення майндфулнесу?
23. Чим корисна програма майндфулнесу для лікарів?
24. Як використовувати протокол TIMER?
25. Що таке асертивна поведінка?

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Який протокол використовується в емоційно складних конфліктних ситуаціях, у яких беруть участь пацієнт, його родичі?
 - A. BUSTER.
 - B. EVE.
 - C. CONES.
 - D. SPIKES.
2. Ефективні дії протоколу CONES:
 - A. Організація простору. Отримання дозволу на обговорення. Хронологія. Емпатична реакція. Подальші дії.
 - B. Організація простору для обговорення. Ефективне слухання. Відображення почуттів пацієнта. Узгоджений з пацієнтом план лікування. Резюме.
 - C. Досліджуйте емоції. Підтвердьте емоції. Емпатична відповідь.
 - D. Будьте готовими. Використовуйте неупереджене слухання. Правило шести секунд. Твердження «Розкажіть мені більше». Проявляйте емпатію та підтверджуйте. Відповідайте через конструкцію «бажання».
3. Ефективні дії протоколу EVE:
 - A. Організація простору. Отримання дозволу на обговорення. Хронологія. Емпатична реакція. Подальші дії.
 - B. Організація простору для обговорення. Ефективне слухання. Відображення почуттів пацієнта. Узгоджений з пацієнтом план лікування. Резюме.
 - C. Досліджуйте емоції. Підтвердьте емоції. Емпатична відповідь.
 - D. Будьте готовими. Використовуйте неупереджене слухання. Правило шести секунд. Твердження «Розкажіть мені більше». Проявляйте емпатію та підтверджуйте. Відповідайте через конструкцію «бажання».
4. Ефективні дії протоколу TIMER:
 - A. Організація простору. Отримання дозволу на обговорення. Хронологія. Емпатична реакція. Подальші дії.
 - B. Продумайте зустріч. Ознайомтеся з проблемами. Керуйте обговоренням. Створіть план і очікування. Зворотний зв'язок.

- C. Досліджуйте емоції. Підтвердьте емоції. Емпатична відповідь.
- D. Будьте готовими. Використовуйте неупереджене слухання. Правило шести секунд. Твердження «Розкажіть мені більше». Проявляйте емпатію та підтверджуйте. Відповідайте через конструкцію «бажання».
5. Ефективні дії протоколу SPIKES:
- A. Організація простору. Отримання дозволу на обговорення. Хронологія. Емпатична реакція. Подальші дії.
- B. Організація простору для обговорення. Ефективне слухання. Відображення почуттів пацієнта. Узгоджений з пацієнтом план лікування. Резюме.
- C. Організація простору для обговорення, внутрішня готовність до складної розмови. Збір інформації, думки пацієнта про хворобу, залучення пацієнта до процесу прийняття рішення. Готовність пацієнта знати про свою хворобу. Погана новина. Емпатичний відгук. Обговорення лікування.
- D. Будьте готовими. Використовуйте неупереджене слухання. Правило шести секунд. Твердження «Розкажіть мені більше». Проявляйте емпатію та підтверджуйте. Відповідайте через конструкцію «бажання».
6. Ефективні дії протоколу BUSTER:
- A. Організація простору. Отримання дозволу на обговорення. Хронологія. Емпатична реакція. Подальші дії.
- B. Організація простору для обговорення. Ефективне слухання. Відображення почуттів пацієнта. Узгоджений з пацієнтом план лікування. Резюме.
- C. Досліджуйте емоції. Підтвердьте емоції. Емпатична відповідь.
- D. Будьте готовими. Використовуйте неупереджене слухання. Правило шести секунд. Твердження «Розкажіть мені більше». Проявляйте емпатію та підтверджуйте. Відповідайте через конструкцію «бажання».
7. У якому протоколі використовується SMART-модель:
- A. BUSTER.
- B. TIMER.
- C. CONES.
- D. SPIKES.
8. Організація простору (кабінету) та лікаря включає:
- A. Порядок, відсутність зайвих речей, зовнішніх тригерів (телефон на беззвучному режимі, по можливості відхилення поточних питань).
- B. Свіже повітря, тепле приміщення. Серветки, вода. Внутрішнє налаштування. Охайний вигляд.
- C. Безпечний простір (комфортне розміщення столу, стільців, табличка, звукоізоляція). Комфортна кольорова гама стін.
- D. Усі відповіді вірні.
9. Навички ефективної взаємодії лікаря і пацієнта:
- A. Відкрита поза тіла, заохочення: вербально / невербально – кивання, відповідна міміка, жести, «так».
- B. Зоровий контакт, вираз обличчя, відповідний темп.
- C. Тон голосу, вираз обличчя, відображення емоцій / почуттів.
- D. Усі відповіді вірні.
10. Навички фасилітації:
- A. Підбадьорення, повторення кількох останніх слів пацієнта, перефразування.
- B. Пауза. Перефразування.
- C. Повідомлення лікарем своїх думок. Увага до невербальних та вербальних сигналів пацієнта.
- D. Усі відповіді вірні.
11. Навички активного слухання:
- A. Час очікування. Фасилітація. Невербальні навички лікаря. Невербальні навички пацієнта.
- B. Час очікування. Невербальні навички лікаря. Невербальні навички пацієнта.
- C. Невербальні навички лікаря. Невербальні навички пацієнта.
- D. Усі відповіді вірні.
12. Метод «Триступінчаста ракета»:
- A. Вербальна та невербальна реакція пацієнта на об'єктивну інформацію. Сповіщення власних почуттів лікаря для зростання довірливого спілкування.
- B. Відгук лікаря на реакцію пацієнта, перефразування, власні почуття лікаря.
- C. Вербальний та невербальний відгук лікаря на реакцію пацієнта. Перефразування, щоб спонукати пацієнта казати про переживання.
- D. Усі відповіді вірні.

13. Калгарі-Кембриджська модель спілкування:
- A. Модель медичної консультації при повідомленні поганих новин, що складається із 74 запитань.
 - B. Базова модель медичної консультації, що складається із 73 запитань.
 - C. Модель медичної консультації, що складається із 70 запитань.
 - D. Усі відповіді невірні.
14. Лікар для встановлення контакту:
- A. Визнає правомірність поглядів і почуттів пацієнта, не засуджуючи.
 - B. Проявляє емпатію для вираження розуміння та поваги до почуттів і труднощів пацієнта, відкрито визнає цінність його поглядів й почуттів.
 - C. Надає підтримку: дбає, розуміє, виявляє бажання допомогти, пропонує партнерство. Проявляє чуйність – це означає, уважно підходить до делікатних і неприємних тем та фізичного болю.
 - D. Усі відповіді вірні.
15. Цілі побудови ефективних відносин між лікарем і пацієнтом:
- A. Досягнення взаєморозуміння, щоб пацієнт відчував, що його розуміють, цінують, підтримують. Запобігання конфлікту.
 - B. Під час консультації закладається фундамент для довірчих відносин. Надається психологічна підтримка.
 - C. Пацієнт залучається до процесу лікування та бере у цьому посильну участь.
 - D. Усі відповіді вірні.
16. Навички спілкування для встановлення довіри, які лікар використовує протягом усієї консультації:
- A. Вербальні та невербальні навички спілкування.
 - B. Навичка змісту, процесу, сприйняття.
 - C. Сприйняття процесу спілкування.
 - D. Усе вірно.
17. Використання паузи надає лікарю:
- A. Час для обмірковування.
 - B. Можливість отримувати цінну інформацію від пацієнта про хворобу.
 - C. Спонування пацієнта до своїх думок та почуттів.
 - D. Усе вірно.
18. Визначення майндфулнесу:
- A. Техніка вибору свідомого життя і слідування меті, готовності психіки та духу до несподіванок і вірності своїм ціннісним орієнтирам.
 - B. Медитація.
 - C. Усвідомленість, яка допомагає покращити увагу, знизити рівень стресу.
 - D. Усі відповіді вірні.
19. Протокол структурованої передачі інформації між медичними працівниками, зокрема, під час передавання відповідальності або важливої інформації про стан пацієнта:
- A. SBAR та ISBAR.
 - B. TIMER.
 - C. CONES.
 - D. SPIKES.
20. Визначення характеру – це:
- A. Сукупність стійких індивідуальних особливостей особистості, «особливі прикмети», яких людина набуває, живучи у суспільстві.
 - B. Швидкість і глибина емоційної реакції людини на ті чи інші події.
 - C. Нестримана реакція, спонтанність.
 - D. Стійкі індивідуальні особливості особистості, які виражаються в динаміці психічних процесів та дій, які полягають в анатомічних і фізіологічних характеристиках мозку й ендокринної системи людини.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Пацієнт приходить на повторний прийом до лікаря. З обуренням звертається до фахівця: «Ось уже два тижні я приймаю препарат «А» щодня, як Ви мені призначили, а тиск не знижується, немає жодної користі від цих таблеток!».

Лікар:

- A. «Доброго дня, добре, що Ви сказали про те, що регулярно приймаєте препарат. Давайте додамо ще препарат «В» і через два дні обговоримо ефективність лікування».
- B. «Доброго дня! Я впевнений, що Ви просто забуваєте їх приймати!».
- C. «Що Ви на мене кричите? Як я міг знати, що вони Вам не допомагають?!».
- D. «Доброго дня! Дуже погана новина. Я думав, що вони ефективні, якщо Ви не приходите на прийом».

2. На консультацію до лікаря-хірурга звернувся пацієнт. Лікар запросив пацієнта до кабінету. Запропонував йому сісти і відволікся на розмову з колегою: «Вибачте, у нас невідкладне питання щодо операції. Чи зможете почекати 5 хвилин?». Пацієнт погоджується, але за хвилину грубо звертається до лікаря: «Скільки мені ще чекати???».

Лікар:

- A. Демонструє навички активного слухання: «Я можу зрозуміти, чому Ви засмучені, і я ціную те, що ви мене дочекались. Дякую».
- B. Роздратовано: «Це була важлива розмова, отже, що Вас турбує?».
- C. Байдуже: «Що Вас турбує?».
- D. Грубо: «Слухайте, у нас була дуже важлива розмова, я Вас попередив!».

3. У коридорі лікар зустрічає свого пацієнта й бачить, що він розгублений, нервує. Пацієнт каже: «Лікарю, я хотів запитати про свій діагноз».

Лікар:

- A. Демонструє навички активного слухання, запрошує пацієнта до кабінету або відходить у зручніше місце: «Доброго дня, пане О. Я чую Ваш тривожний голос. Розумію, що Ви вже сьогодні хотіли б дізнатись про Ваш діагноз, але нам необхідно дочекатись результатів досліджень. Ми зустрічаємося з вами п'ятого вересня о 10:00. Зручно?».

B. «Чим Ви стурбовані? Я зроблю все, щоб допомогти Вам у розв'язанні Вашої проблеми. Ми зустрічаємось з Вами п'ятого вересня о 10:00. Зручно?».

C. «Наша з Вами зустріч запланована на 10:00 п'ятого вересня, тоді й будуть готові лабораторні аналізи, про які я Вам повідомлю».

D. «Я дам Вам результати п'ятого вересня на прийомі».

4. Пацієнт заходить до кабінету, виглядає сумним, демонструє унікаючу поведінку та незацікавленість у навколишньому. Лікар демонструє навички активного слухання і говорить: «Доброго дня. Мене звати... Я сімейний лікар. Як я можу до Вас звертатися?». Пацієнт дуже тихо та повільно: «Я – О.».

Лікар:

- A. «Я бачу Ваше обличчя, мені здається, що Ви пригнічені. (пауза) Можливо, Вам важко говорити? (пауза) Чи не будете Ви проти, якщо я запитаю Вас як Ви себе почуваете?».
- B. Байдуже: «Що Вас турбує?».
- C. Поблажливо: «О., що Вас привело сюди?».
- D. Нетерпляче: «О., говоріть, будь ласка, гучніше. Отож, що Вас турбує?».

5. Лікар: «Доброго дня. Мене звати ... Я сімейний лікар. Як я можу до Вас звертатися?» Пацієнт (квапливо): «Я – О., у мене головний біль. Я багато працюю. Я люблю, щоб все було досконало. Нещодавно повертався з відрядження, дорогою стало погано. Нудота. Схожа історія була з моїм другом...».

Лікар:

- A. Швидко: «Як Ви себе почуваете зараз?».
- B. «Я бачу, як важлива для Вас робота, але не могли б ми повернутися до неї трохи пізніше? Розкажіть мені більше про головний біль. Згодні?»
- C. Демонструє навички активного слухання: «Я чую, пан О., як Ви поспішайте все розповісти. (пауза) У Вас головний біль, нудота, Ви багато працюєте і любите, щоб все було досконало, так? (пауза) Щось ще?».
- D. «Так, стоп. Про друга розповідати не треба».

6. На консультації у сімейного лікаря юнак. На запитання про скарги він розповідає: «Лікарю, у мене протягом дня в животі бурчить. Я дуже боюся, що у мене починається рак».

Лікар:

- A. «Та це дрібниця, Вам не варто про це турбуватися».
- B. «Добре, що Ви уважні до свого здоров'я. Це може бути пов'язане із такою хворобою. Ми проведемо ретельне обстеження та визначимо, чи здорові Ви. Згодні?».
- C. «Я бачу, Вас турбує бурчання в животі, Ви побоюєтесь захворіти на рак. Скажіть, можливо, були обставини, через які ви почали боятися захворіти? (пауза) За потреби ми проведемо необхідне обстеження».
- D. «У мене вранці теж бурчить у животі, але раку в мене немає».

7. Завідувач відділення викликає ординатора: «Я хотів би поговорити з Вами щодо запізнь. Я ціную Вас. Ви хороший співробітник, але на кожне чергування Ви заступаєте із 30-хвилинною затримкою».

Ординатор:

- A. «А що сталося? Я завжди приходжу вчасно. Це все неправда».
- B. «Вибачте, я справді затримуюсь, я заводжу дитину до бабусі. Можливо, трохи змінити графік роботи?».
- C. «А коли ви затримуетесь на годину, це не рахується?».
- D. «Якби Ви мене цінували, то не говорили про якісь дрібниці!!!».

8. Лікар зустрічається у коридорі з родичами пацієнта, який перебуває в реанімації. Дочка пацієнта каже звинувачувальним тоном: «Як Ви допустили, що моему батькові погіршало?».

Лікар:

- A. «Я знаю, як Ви почуваетесь зараз. Я відчуваю ваш біль».
- B. «Не хвилюйтеся. Все буде добре».
- C. «У такому тоні я з Вами розмовляти не буду».
- D. Запрошує пройти до кабінету, пропонує присісти: «Дякую, що прийшли. Я маю розповісти Вам, що відбувається з Вашим батьком».

9. В онкологічній клініці померла пацієнтка. Син приходить та дізнається, що його мами вже немає. У гніві він звинувачує весь персонал у недбалості. Його проводжають до лікаря. «Як могло статися, що вчора я розмовляв зі своєю матір'ю, а зараз Ви заявляєте, що її більше немає???» — голосно запитує відвідувач.

Лікар:

- A. Підтримує зоровий контакт, пропонує сісти: «Це важко, але я маю розповісти Вам про Вашу маму. Вона боролася із хворобою, добре

перенесла хіміотерапію, але вночі її серце зупинилося. Ми зробили все, що було в наших силах. Якщо Ви маєте запитання, я готовий на них відповісти».

- B. Опускає очі: «Більшість людей почувалися так. Мені шкода».
- C. «Я підготую всі документи, можете переконатися, помилок у лікуванні не було. Хочете, зробить експертизу».
- D. «Давайте я Вам по порядку розповім, яке лікування ми проводили Вашій матері».

10. Пацієнт приходить до онколога на повторний прийом після повного обстеження. Лікар має результати дослідження, діагноз: злоякісна пухлина. Треба розповісти пацієнтові про серйозність захворювання. «Доброго дня! Сідайте. Я хотів би Вас запитати, як Ви почуваетесь, що Ви думаєте про свій стан». Вислуховує відповідь пацієнта.

Лікар:

- A. «Чи хотіли б ви дізнатися подробиці обстеження?».
- B. «Обстеження показало, що у Вас злоякісне новоутворення...»
- C. Підтримуючи зоровий контакт: «Може, у Вас є питання, які Ви хочете поставити? Обговорити подробиці обстеження?».
- D. «Хочу Вас підтримати. Не хвилюйтесь, у Вас все буде добре».

11. Пацієнт заходить до кабінету, виглядає сумним. Лікар демонструє ефективні невербальні дії.

Лікар. Доброго дня. Мене звати ... Я сімейний лікар. Як я можу до Вас звертатися?

Пацієнт. Олександр.

Лікар. Пане Олександр, що вас турбує?

Пацієнт мовчить.

Лікар:

- A. Терпляче: «Мені здається, що Вам ніяково говорити про себе?».
- B. «Що Вас турбує?».
- C. Нетерпляче: «Якщо Ви не хочете мені нічого говорити, це інша справа, тоді лише скажіть мені: "Я не хочу з вами розмовляти"».
- D. Чекає на відповідь.

12. Пацієнт увечері телефонує лікарю: «Будь ласка, запишіть мене на завтра на 8:00 ранку. Мені так буде зручно».

Лікар:

- A. «Добрий вечір. Так, до зустрічі».
- B. «Добрий вечір. У мене завтра прийом з другої половини дня. Я можу Вас записати на 15:00. Вам цей час буде зручно?».

- C. Не піднімає слухавку.
D. «Чому Ви телефонуєте так пізно?».
13. На консультації у сімейного лікаря чоловік. На запитання про скарги він розповідає: «Лікарю, у мене висип на животі».
Лікар:
A. «Давайте, я Вас огляну».
B. «Розкажіть мені докладно, а потім я огляну Вас».
C. «Коли з'явився висип?».
D. «Є свербіж?».
14. На консультацію до сімейного лікаря звернулася молода мама з п'ятирічною дівчинкою. Дитина спокійно проходить до кабінету (у руках лялька), розглядає малюнки на стіні в кабінеті лікаря. Мати – дитині: «Уколів робити не буде».
Лікар:
A. Мамі та дівчинці, показуючи на два стільці: «Добрий день. Проходьте, будь ласка, сідайте». Звертається до мами: «Як я можу до Вас звертатися?» До дівчинки: «А до Вас? Як звати вашу доньку?».
B. «Я бачу, Ви переживаєте. Не хвилюйтеся, матуся».
C. «Що Вас турбує?».
D. «Матусю! Що за спектакль, не лякайте дитину!».
15. Кабінет ендоскопічного дослідження шлунка. Заходить дівчина на обстеження. Дуже хвилюється.
Лікар:
A. Нетерпляче: «Ви ж не маленька, чого так тремтіти... Відкривайте рота».
B. Спокійно: «Так, я розумію, процедура не дуже приємна, давайте я Вам поясню... Я введу зонд і подивлюся слизову оболонку вашого шлунка... Ви готові?».
C. «Ідіть заспокойтеся, а потім приходьте. Я не маю часу втішати Вас».
D. Грубо: «Це що таке?».
16. Пацієнтка приходить до дерматолога на прийом. Розповідає про родимку чорного кольору, яка за місяць збільшилася вдвічі. Боїться, що то меланома.
Лікар:
A. Нетерпляче: «Немає приводу накручувати себе».
B. «Добре, що Ви дбаєте про своє здоров'я і звернулися до поліклініки. Я проведу огляд, і ми все обговоримо».
- C. «Начитаються статей в Інтернеті, а потім ночі не сплять. Немає у вас жодної меланоми».
D. Усі відповіді правильні.
17. На консультацію до гінеколога звертається дівчина 18 років у супроводі мами, яка одразу бере ініціативу до своїх рук і починає розповідати, що у доньки припинилися менструації, вона схудла на 10 кілограмів. Лікар звертається спочатку до дівчини, а потім до мами: «Як до Вас можна звертатися?». Уважно слухає і питає дівчину, чи хотіла б вона додати щось, Делікатно уточнює, чи комфортно дівчині, якщо мама буде присутня при огляді. Дівчина зніяковіло хитає головою.
Лікар (звертається до мами):
A. «Чи не могли б Ви посидіти у вестибюлі, Ваша дочка вже доросла».
B. «Я розумію, Ви хвилюєтеся про здоров'я доньки, давайте після огляду я запрошу Вас до кабінету. Згодні?».
C. «Дівчина сама може говорити, не потрібно це робити за неї».
D. Усі відповіді правильні.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Павленко Т. М. (2018). Розлади особистості: еволюція поглядів і сучасна концептуалізація. *Журнал Нейронеуropsychoneurologia та нейропсихіатрія* 4-5 (97) 36-39. <https://neuronews.com.ua/archive/2018/4-5%2897%29/pages-36-39/rozladi-osobistosti-evolyuciya-poglyadiv-i-suchasna-konceptualizaciya#gsc.tab=0>
2. McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.
3. McWilliams, N. (2021). *Psychoanalytic supervision*. Guilford Publications.
4. Asanova, A., & Khaustova, O. (2018). Typical difficult situations in doctor-patient interactions. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 3 (3), e0303125. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v3i3.125>
5. Minicuci, N., Giorato, C., Rocco, I., Lloyd-Sherlock, P., Avruscio, G., & Cardin, F. (2020). Survey of doctors' perception of professional values. *PloS one*, 15 (12), e0244303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244303>
6. Suchman, A., Sluyter, D., and Williamson, P. (2011) *Leading Change in Healthcare: transforming organizations using complexity, positive psychology and Relationshipcentered Care*. Oxford, UK: Radcliffe Publishing.
7. Frankel, Richard M., Quill, Timothy, E. & McDaniel, Susan H. (eds.) (2003). *The biopsychosocial approach: past, present, and future*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
8. Silverman, J., & Kinnersley, P. (2010). Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 60 (571), 76-78. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X482293>
9. Puntis, M. (2006). Skills for Communicating with Patients (2nd edn). *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 88 (1), 85-86. <https://doi.org/10.1308/003588406X83159c>
10. Chichirez, C. M., & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of medicine and life*, 11 (2), 119-122.
11. Anderson, R. J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P. C., & Low, J. T. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative medicine*, 33 (8), 926-941. <https://doi.org/10.1177/0269216319852007>
12. Marler, H., & Ditton, A. (2021). "I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International journal of language & communication disorders*, 56 (1), 205-214. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12578>
13. Belrhiti, Z., Nebot Giralt, A., & Marchal, B. (2018). Complex Leadership in Healthcare: A Scoping Review. *International journal of health policy and management*, 7 (12), 1073-1084. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.75>
14. Liukka, M., Steven, A., Moreno, M. F. V., Sara-Aho, A. M., Khakurel, J., Pearson, P., Turunen, H., & Tella, S. (2020). Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *International journal of environmental research and public health*, 17 (13), 4717. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134717>
15. Lo, L., Rotteau, L., & Shojania, K. (2021). Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ open*, 11 (12), e055247. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055247>
16. Kuosmanen, L., Hupli, M., Ahtiluoto, S., & Haavisto, E. (2021). Patient participation in shared decision-making in palliative care – an integrative review. *Journal of clinical nursing*, 30 (23-24), 3415-3428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15866>
17. Moreira, F. T. L. D. S., Callou, R. C. M., Albuquerque, G. A., & Oliveira, R. M. (2019). Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Revista gaucha de enfermagem*, 40 (spe), e20180308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
18. Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *International journal of environmental research and public health*, 17 (18), 6455. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186455>
19. Liu, P., Lyndon, A., Holl, J. L., Johnson, J., Bilimoria, K. Y., & Stey, A. M. (2021). Barriers and facilitators to interdisciplinary communication during consultations: a qualitative study. *BMJ open*, 11 (9), e046111. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046111>
20. Oreja-Guevara, C., Potra, S., Bauer, B., Centonze, D., Giambastiani, M. P., Giovannoni, G., Kesselring, J., Langdon, D., Morrow, S. A., Nouvet-Gire, J., Pontaga, M., Rieckmann, P., Schippling, S., Alexandri, N., Shanahan, J., Thompson, H., Van Galen, P., Vermersch, P., & Yeandle, D. (2019). Joint Healthcare Professional and Patient Development of Communication Tools to Improve the Standard of MS Care. *Advances in therapy*, 36 (11), 3238-3252. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-01071-9>
21. Agaronnik, N., Campbell, E. G., Ressalam, J., & Iezzoni, L. I. (2019). Communicating with Patients with Disability: Perspectives of Practicing

- Physicians. *Journal of general internal medicine*, 34 (7), 1139–1145. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04911-0>
22. Vela, M. B., Erondou, A. I., Smith, N. A., Peek, M. E., Woodruff, J. N., & Chin, M. H. (2022). Eliminating Explicit and Implicit Biases in Health Care: Evidence and Research Needs. *Annual review of public health*, 43, 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-103528>
 23. Quarello, P., Toss, A., Berchiolla, P., Mascarini, M., Lambertini, M., Canesi, M., Maria Milano, G., Incorvaia, L., Luigi Banna, G., Peccatori, F., & Ferrari, A. (2023). Healthcare Professional Communication on Sexual Health: A Report from the Italian Working Group on Adolescents and Young Adults with Cancer. *The oncologist*, 28 (10), e884–e890. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyad175>
 24. Madula, P., Kalembo, F. W., Yu, H., & Kaminga, A. C. (2018). Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. *Reproductive health*, 15 (1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0580-x>
 25. Alsaleh, H., & Alshammari, T. M. (2021). Direct healthcare professional communications: A quantitative assessment study. *Pharmacology research & perspectives*, 9 (3), e00763. <https://doi.org/10.1002/prp2.763>
 26. Carvalho, I. P., & Dores, A. R. (2022). Clinical Communication in Rehabilitation. *International journal of environmental research and public health*, 19 (12), 7268. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127268>
 27. Pitts, E., Wylie, K., Loftus, A. M., & Cocks, N. (2022). Communication strategies used by Parkinson's nurse specialists during healthcare interactions: A qualitative descriptive study. *Journal of advanced nursing*, 78 (6), 1773–1786. <https://doi.org/10.1111/jan.15196>
 28. Susilo, A. P., Benson, J., Indah, R., & Claramita, M. (2023). Editorial: Patient-centered communication skills for health professions education and healthcare. *Frontiers in public health*, 11, 1311905. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1311905>
 29. Sabot, K., Blanchet, K., Berhanu, D., Spicer, N., & Schellenberg, J. (2020). Professional advice for primary healthcare workers in Ethiopia: a social network analysis. *BMC health services research*, 20 (1), 551. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05367-3>
 30. Siegel, R. M., Haemer, M., Kharofa, R. Y., Christison, A. L., Hampl, S. E., Tinajero-Deck, L., Lockhart, M. K., Reich, S., Pont, S. J., Stratbucker, W., Robinson, T. N., Shaffer, L. A., & Woolford, S. J. (2018). Community Healthcare and Technology to Enhance Communication in Pediatric Obesity Care. *Childhood obesity (Print)*, 14 (7), 453–460. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0339>
 31. Preis, H., Dobias, M., Cohen, K., Bojsza, E., Whitney, C., & Pati, S. (2022). A mixed-methods program evaluation of the Alda Healthcare Experience – a program to improve healthcare team communication. *BMC medical education*, 22 (1), 897. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03972-w>
 32. Møllebaek, M., & Kaae, S. (2021). Why do general practitioners disregard direct to healthcare professional communication? A user-oriented evaluation to improve drug safety communication. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 128 (3), 463–471. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13516>
 33. Cubaka, V. K., Schriver, M., Cotton, P., Nyirazinyoye, L., & Kallestrup, P. (2018). Providers' perceptions of communication with patients in primary healthcare in Rwanda. *PloS one*, 13 (4), e0195269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195269>
 34. Working Party of the Royal College of Physicians (2005). Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clinical medicine (London, England)*, 5 (6 Suppl 1), S5–S40.
 35. Fewster-Thuyente, L., & Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nursing administration quarterly*, 32 (1), 40–48. <https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61>
 36. Pirraglia, P. A., Hampton, J. M., Rosen, A. B., & Witt, W. P. (2011). Psychological distress and trends in healthcare expenditures and outpatient healthcare. *The American journal of managed care*, 17 (5), 319–328.
 37. Smailhodzic, E., Hooijsma, W., Boonstra, A., & Langley, D. J. (2016). Social media use in healthcare: A systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals. *BMC health services research*, 16 (1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1691-0>
 38. Austin, W. (2016). Contemporary healthcare practice and the risk of moral distress. *Healthcare management forum*, 29 (3), 131–133. <https://doi.org/10.1177/0840470416637835>
 39. Singhal, A., & Borrelli, B. (2017). Dental Disparities and Psychological Distress Among Mobility-Impaired Adults. *American journal of preventive medicine*, 52 (5), 645–652. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.025>
 40. Priebe, S., & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 20 (6), 521–526. <https://doi.org/10.1080/09540260802565257>
 41. DiNapoli, J. M., O'Flaherty, D., Musil, C., Clavelle, J. T., & Fitzpatrick, J. J. (2016). The Relationship of Clinical Nurses' Perceptions of Structural and Psychological Empowerment and Engagement on Their Unit. *The Journal of nursing administration*, 46 (2), 95–100. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000302>
 42. Dass-Brailsford, P., & Myrick, A. C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: the need for an integrated approach. *Trauma, violence & abuse*, 11 (4), 202–213. <https://doi.org/10.1177/1524838010381252>

43. Puntis, M. (2006). Skills for Communicating with Patients (2nd edn). *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 88 (1), 85–86. <https://doi.org/10.1308/003588406X83159c>
44. Rajaram, U. (2012). The patient-doctor relationship. *Indian journal of medical ethics*, 9 (3), 156–157. <https://doi.org/10.20529/IJME.2012.051>
45. Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of health psychology*, 22 (1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/1359105315595120>
46. Street, R. L., Jr, Elwyn, G., & Epstein, R. M. (2012). Patient preferences and healthcare outcomes: an ecological perspective. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 12 (2), 167–180. <https://doi.org/10.1586/erp.12.3>
47. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5 (4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
48. von Blanckenburg, P., Hofmann, M., Rief, W., Seifart, U., & Seifart, C. (2020). Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient education and counseling*, 103 (8), 1623–1629. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036>
49. Kaplan, M. (2010). SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 14 (4), 514–516. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>
50. Peixoto, V. G. M. N. P., Diniz, R. V. Z., & Godeiro, C. O. (2020). SPIKES-D: a proposal to adapt the SPIKES protocol to deliver the diagnosis of dementia. *Dementia & neuropsychologia*, 14 (4), 333–339. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-040001>
51. Dean, A., & Willis, S. (2016). The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. *International journal of palliative nursing*, 22 (6), 265–271. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.6.265>

Додаток А

QR-код посилання на відеоогляд протоколу CLASS



Додаток Б

QR-код посилання на відеоогляд протоколу BUSTER і алгоритму CONES



Додаток В

QR-код посилання на відеоогляд протоколу SPIKES.
Сповіщення поганих новин під час консультування пацієнта



Відповіді до тестового завдання

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| A | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | ✓ |
| B | | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| C | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | |

Відповіді до ситуаційних задач

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| A | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | |
| B | | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| C | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | |
| D | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |

Додаток Г

QR-код посилання на відеоогляд непрофесійної поведінки лікаря
під час консультування пацієнта



Навчальне видання

**РОГАЧЕВСЬКИЙ Олександр Петрович,
ОПРЯ Євген Васильович,
БЕЛОЗЕРЦЕВА-БАРАНОВА Юлія Євгенівна та ін.**

**ПРОФЕСІЙНА КОМУНІКАЦІЯ.
ПРОТОКОЛИ СПІЛКУВАННЯ
«ЛІКАР – ПАЦІЄНТ»**

Навчальний посібник

За ред. проф. В. Г. Марічереда

Редактор *Ангеліна Гречанова*
Коректор *Олена Титова*
Дизайн обкладинки *Валерія Савельєва*
Технічний редактор *Оксана Гринюк*
Верстка *Олена Данильченко*
Ілюстрації *Євген Кіріян*
Відеоматеріали *Дмитро Іщенко*



Підписано до друку **29.01.2024** р.
Формат 70x100/16. Папір офсетний.
Цифровий друк. Гарнітура Sitka.
Ум. друк. арк. 12,19. Наклад **3000**.
Замовлення № 0424-47.

Видавництво та друк: Олді+
65101, м. Одеса, вул. Інглєзі, 6/1,
тел.: +38 (095) 559-45-45, e-mail: office@oldiplus.ua
Свідоцтво ДК № 7642 від 29.07.2022 р.
Замовлення книг:
тел.: +38 (050) 915-34-54, +38 (068) 517-50-33
e-mail: book@oldiplus.ua

