

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра симуляційних медичних технологій

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ПРОФЕСІЙНІ КОМУНІКАТИВНІ НАВИЧКИ В УМОВАХ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ
СИТУАЦІЙ. АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри симуляційних медичних технологій Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 28.08.2025 р.

Завідувач кафедри _____ Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

Розробники:

завідувач кафедри Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

завуч кафедри Ольга ЄГОРЕНКО

доцент кафедри Михайло ПЕРВАК

асистент кафедри Юлія БЕЛОЗЕРЦЕВА — БАРАНОВА

ТЕМА

ЕФЕКТИВНА ВЗАЄМОДІЯ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В УМОВАХ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ. ВЕРБАЛЬНІ ТА НЕВЕРБАЛЬНІ НАВИЧКИ СПІЛКУВАННЯ

Мета: Сформувати у здобувачів вищої освіти навички самостійного аналізу та відпрацювання особливостей ефективної комунікації лікаря з пацієнтом у критичних, екстремальних та стресових ситуаціях (зупинка кровообігу, масивна кровотеча, гострий біль, панічна атака, агресивна поведінка, політравма, масове надходження), розуміння впливу вербальних і невербальних сигналів на довіру, співпрацю та безпеку, а також здатності швидко адаптувати стиль спілкування до рівня свідомості, емоційного стану та фізіологічного статусу пацієнта.

Основні поняття (перелік питань):

- Екстремальна ситуація в медицині — визначення, типи (загроза життю, сильний біль, шок, панічний стан, агресія, дезорієнтація)
- Вербальна комунікація в кризі: коротка, чітка, наказова vs емпатійна, структурована (SBAR, closed-loop)
- Невербальна комунікація в екстремальних умовах: дистанція, постава, міміка, тон голосу, темп мови, контакт очима
- Вплив стресу на сприйняття пацієнтом інформації (когнітивне перевантаження, тунельне бачення, вибірковість уваги)
- Адаптація стилю спілкування до рівня свідомості (AVPU, GCS)
- Техніки швидкої деескалації в умовах загрози (Verbal Judo, CPI, LEAPS)
- Командна комунікація в кризі (закритий цикл, read-back, чіткі накази, уникнення ієрархічного мовчання)
- Повідомлення поганої новини в екстремальній ситуації (адаптований SPIKES, ABCDE-модель)
- Етичні межі спілкування при обмеженому часі та високому ризику (правда vs «біла брехня», інформована згода в умовах шоку)
- Самоконтроль лікаря в екстремальній ситуації (управління власним стресом, уникнення емоційного вигорання під час взаємодії)

План:

1. Особливості сприйняття інформації пацієнтом у стані гострого стресу, шоку, сильного болю, панічної атаки та агресивного збудження.
2. Вербальні прийоми ефективної комунікації в кризі: короткі накази, закритий цикл (closed-loop), read-back, уникнення відкритих питань.
3. Невербальні сигнали, що підвищують довіру та знижують агресію (дистанція 0,5–1 м, відкрита постава, спокійний низький тон, повільний темп).
4. Адаптація мови до рівня свідомості (AVPU): від простих команд при «U» до емпатійних пояснень при «A».
5. Деескалаційні техніки в екстремальних ситуаціях (CPI-етапи, LEAPS, Verbal Judo — ключові фрази та невербальні сигнали).

6. Алгоритм SBAR у критичних ситуаціях (лікарська версія) — приклади використання під час реанімації, масового надходження.
7. Повідомлення поганої новини в умовах обмеженого часу (адаптований SPIKES: Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy).
8. Етичні дилеми комунікації в екстремальних ситуаціях (правда про прогноз, відмова від реанімації, розподіл ресурсів).
9. Самоконтроль лікаря під час кризи (техніки управління власним стресом, уникнення емоційного перенесення на пацієнта).
10. Аналіз типових помилок вербальної та невербальної комунікації в екстремальних умовах та їх наслідки.

Питання для самоконтролю:

1. Які невербальні сигнали лікаря найбільше знижують рівень агресії пацієнта в кризі?
2. Чому в екстремальній ситуації лікареві рекомендують уникати відкритих питань?
3. Яка фраза є прикладом закритого циклу (closed-loop) під час реанімації?
4. Як змінюється стиль спілкування з пацієнтом при рівні свідомості AVPU = «V»?
5. Назвіть 3 ключові фрази деескалації за технікою Verbal Judo.
6. У чому головна відмінність адаптованої моделі SPIKES для екстремальних ситуацій від класичної?
7. Яка етична дилема найчастіше виникає при повідомленні поганого прогнозу в умовах масового надходження?
8. Назвіть 3 типові помилки невербальної комунікації лікаря в кризі.
9. Як лікар може швидко знизити власний рівень стресу під час взаємодії з агресивним пацієнтом?
10. Чому в екстремальних ситуаціях лікареві рекомендують використовувати наказовий тон, але зберігати емпатію в тоні голосу?

Завдання для самостійної роботи:

Практичні / аналітичні завдання:

- Складіть порівняльну таблицю вербальних та невербальних прийомів у 4 типах екстремальних ситуацій (стовпці: ситуація — зупинка кровообігу, панічна атака, агресивний пацієнт, повідомлення про смерть; вербальні прийоми; невербальні сигнали; ціль).
- Напишіть 6 коротких сценаріїв (по 5–8 реплік) для типових екстремальних взаємодій:
 1. Пацієнт у гострому болю кричить: «Зробіть щось, я помираю!»
 2. Родич після повідомлення про смерть близької людини впадає в істеріку
 3. Пацієнт у шоківому стані не розуміє, де він і що відбувається
 4. Агресивний пацієнт після ДТП вимагає негайно виписатися
 5. Передача важкого пацієнта в реанімації іншому лікарю
 6. Повідомлення пацієнту про необхідність ампутації кінцівки
- Проаналізуйте 3 клінічні кейси (реальні або гіпотетичні): а) лікар у реанімації під час зупинки кровообігу кричить на команду; б) лікар спокійно пояснює пацієнту в шоку план дій; в) лікар ігнорує паніку родича під час масового надходження. Для кожного випадку вкажіть: вербальні та невербальні помилки / успіхи, який алгоритм був застосований (або мав бути), наслідки.

- Підготуйте коротку презентацію (7–9 слайдів) на тему: «Невербальні сигнали лікаря, що рятують життя в екстремальній ситуації» (з прикладами фото/схем та поясненням впливу на пацієнта).
- Складіть особистий чек-лист самооцінки після взаємодії в критичній ситуації (12–15 пунктів), який включає як вербальні, так і невербальні аспекти.

Тестові завдання для самоконтролю:

1. У ситуації зупинки кровообігу найбільш ефективний стиль спілкування лікаря з командою:

- A. Емпатійний і м'який
- B. Чіткий, наказовий, з використанням closed-loop
- C. Пасивний, щоб не відволікати
- D. Жартівливий, щоб знизити напругу

Правильна відповідь: B

2. Найефективніша дистанція між лікарем та агресивним пацієнтом:

- A. 0–0,5 м
- B. 0,5–1,2 м
- C. 2–3 м
- D. 4 м і більше

Правильна відповідь: B

3. Яка фраза є прикладом закритого циклу в критичній ситуації?

- A. «Вводимо адреналін»
- B. «Вводимо 1 мг адреналіну внутрішньовенно» — «Зрозумів, вводжу 1 мг адреналіну в/в»
- C. «Давайте швидше!»
- D. «Ви все робите неправильно»

Правильна відповідь: B

4. Перша фраза при деескалації з агресивним пацієнтом повинна містити:

- A. Погрозу
- B. Емпатію та визнання емоцій
- C. Наказ заспокоїтися
- D. Критику поведінки

Правильна відповідь: B

5. При рівні свідомості AVPU = «P» (реагує тільки на біль) лікар повинен використовувати:

- A. Довгі пояснення
- B. Короткі чіткі накази
- C. Відкриті питання
- D. Гумор

Правильна відповідь: B

6. Яка невербальна помилка найчастіше провокує ескалацію агресії?

- A. Відкрита постава, руки вздовж тіла
- B. Стояти над пацієнтом, схрестивши руки на грудях
- C. Дивитися в очі спокійно
- D. Повільні рухи

Правильна відповідь: B

7. У ситуації гострого болю найбільш ефективна перша фраза лікаря:

- A. «Терпіть, зараз пройде»
- B. «Я бачу, що вам дуже боляче. Зараз я зроблю все, щоб полегшити ваш стан»
- C. «Це не так страшно»
- D. «Ви перебільшуєте»

Правильна відповідь: B

8. Алгоритм SPIKES найчастіше застосовується при:

- A. Повідомленні про смерть
- B. Зборі анамнезу болю
- C. Передачі зміни
- D. Деескалації агресії

Правильна відповідь: А

9. Яка дія є ознакою ефективної комунікації в екстремальній ситуації?

- A. Лікар кричить на команду
- B. Пацієнт/команда чітко повторює отримані вказівки (read-back)
- C. Лікар мовчить, щоб не відволікати
- D. Ігнорування пропозицій молодшого персоналу

Правильна відповідь: В

10. Найбільш безпечна дистанція для спілкування з пацієнтом у стані психомоторного збудження:

- A. 0–0,5 м
- B. 1–1,5 м
- C. 2–3 м
- D. 0 м (фізичний контакт)

Правильна відповідь: С

Список рекомендованої літератури:

Основна:

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

Додаткова:

1. TeamSTEPPS 3.0: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (AHRQ, 2023–2025).
2. Difficult Airway Society Guidelines 2023–2025 (розділ Human Factors & Communication).
3. European Resuscitation Council Guidelines 2025 (розділ Team Dynamics & Communication).

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.ahrq.gov/teamstepps> (TeamSTEPPS – Crisis Communication).
2. <https://das.uk.com> (DAS Guidelines – Human Factors in Airway Management).
3. <https://www.erc.edu> (ERC Guidelines 2025 – Team Dynamics).
4. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо комунікації в екстремальних ситуаціях).

ТЕМА

РОЗПІЗНАВАННЯ ОЗНАК СТРЕСУ НА РІВНІ ТІЛА, ДУМОК, ЕМОЦІЙ, ПОВЕДІНКИ

Мета: Сформувати у здобувачів вищої освіти навички самостійного розпізнавання та диференціації ознак стресу на чотирьох рівнях (фізіологічному, когнітивному, емоційному, поведінковому) у себе, пацієнтів, колег та родичів, розуміння зв'язку між цими рівнями, оцінки ступеня вираженості стресової реакції, раннього виявлення переходу від адаптивного стресу до дистресу та професійного вигорання, а також вибору адекватних стратегій самопомоги та психологічної першої допомоги.

Основні поняття (перелік питань):

- Стрес — визначення (Ганс Сельє, сучасна модель)
- Еустрес vs дистрес
- Чотири рівні прояву стресу: фізіологічний (тілесний), когнітивний (думки), емоційний, поведінковий
- Фізіологічні (тілесні) ознаки стресу (вегетативні, м'язові, серцево-судинні, шлунково-кишкові, дихальні, шкірні, імунні)
- Когнітивні (думкові) ознаки стресу (прискорене мислення, фіксація на загрозі, труднощі концентрації, катастрофізація, нав'язливі думки)
- Емоційні ознаки стресу (страх, тривога, роздратування, гнів, апатія, безнадія, емоційна лабільність)
- Поведінкові ознаки стресу (гіперактивність, уникнення, прокрастинація, імпульсивність, соціальна ізоляція, зміни апетиту/сну, агресивна поведінка)
- Зв'язок між рівнями: як тілесні відчуття провокують певні думки та емоції, як емоції проявляються в поведінці
- Ранні, середні та пізні ознаки хронічного стресу та професійного вигорання
- Оцінка власного рівня стресу (самоспостереження, чек-листи, шкали)
- Ознаки гострої стресової реакції (ASD) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів та колег

План:

1. Класична теорія стресу Ганса Сельє (загальний адаптаційний синдром) та сучасне розуміння стресу (Lazarus & Folkman).
2. Фізіологічні прояви стресу на рівні симпатико-адреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової систем.
3. Найпоширеніші тілесні симптоми гострого та хронічного стресу та їх диференціація від соматичних захворювань.
4. Когнітивні спотворення при стресі (катастрофізація, надгенералізація, читання думок, дихотомічне мислення).
5. Емоційна палітра стресу: від гострої тривоги до апатії та деперсоналізації.
6. Поведінкові патерни при стресі: fight-flight-freeze-fawn та їх прояви в клінічній практиці.
7. Зв'язок між чотирма рівнями: приклади циклів (тілесне напруження → катастрофічні думки → панічна атака → уникнення).

8. Ознаки переходу від гострого стресу до хронічного дистресу та професійного вигорання (за Maslach, ICD-11).
9. Методи самооцінки рівня стресу (щоденник симптомів, чек-листи, шкала PSS, шкала вигорання Maslach).
10. Ранні ознаки гострої стресової реакції (ASD) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у пацієнтів після травматичних подій.

Питання для самоконтролю:

1. Назвіть 4 основні рівні прояву стресової реакції.
2. Які 5 найбільш характерних тілесних симптомів гострого стресу?
3. Які думки найчастіше супроводжують панічну атаку?
4. Назвіть 3 емоції, які можуть переважати при хронічному стресі.
5. Яка поведінкова реакція «fawn» проявляється в роботі медичного працівника?
6. Як фізіологічне напруження м'язів шиї та плечей може провокувати певний тип думок?
7. Назвіть 3 пізні ознаки професійного вигорання за Maslach.
8. Яка шкала використовується для самооцінки рівня сприйнятого стресу?
9. Яка поведінкова ознака найчастіше свідчить про гостру стресову реакцію (ASD)?
10. Як відрізнити симптоми хронічного стресу від симптомів депресії?

Завдання для самостійної роботи:

Практичні / аналітичні завдання:

- Складіть порівняльну таблицю ознак стресу на чотирьох рівнях (стовпці: рівень — тіло, думки, емоції, поведінка; гострий стрес; хронічний стрес; професійне вигорання; приклади проявів у медпрацівника).
- Ведіть особистий щоденник симптомів стресу протягом 7 днів (щодня ввечері фіксуйте по 1–2 найвираженіших ознаки на кожному рівні: тіло, думки, емоції, поведінка). Наприкінці тижня проаналізуйте, який рівень у вас найбільш вразливий.
- Проаналізуйте 3 клінічні кейси (можна використовувати з літератури або власної практики): а) медсестра після чергування скаржить на постійне серцебиття, нав'язливі думки «я щось пропустила», дратівливість, уникнення спілкування; б) пацієнт після ДТП — тремтіння, відчуття «нереальності», спалахи спогадів, гіперпильність; в) лікар після повідомлення родичам про смерть пацієнта — апатія, відчуття провини, безсоння, цинізм. Для кожного випадку вкажіть: рівень проявів стресу, ступінь тяжкості, можливі наслідки без втручання, рекомендації.
- Підготуйте коротку презентацію (6–8 слайдів) на тему: «Чотири рівні стресу: як розпізнати та зупинити цикл у медичного працівника».
- Складіть особистий чек-лист раннього розпізнавання власного стресу (10–12 пунктів, по 2–3 на кожен рівень).

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Який рівень стресу проявляється у вигляді прискороеного серцебиття, потовиділення, тремору?

- A. Когнітивний
- B. Фізіологічний
- C. Емоційний
- D. Поведінковий

Правильна відповідь: B

2. Нав'язливі думки «Я не впораюся», «Це катастрофа» належать до рівня:

- A. Тілесного
- B. Когнітивного
- C. Емоційного
- D. Поведінкового

Правильна відповідь: B

3. Постійна дратівливість, відчуття безнадії, плаксивість — це прояв на рівні:

- A. Фізіологічному
- B. Когнітивному
- C. Емоційному
- D. Поведінковому

Правильна відповідь: C

4. Уникнення контакту з колегами, прокрастинація, імпульсивне вживання їжі — це ознаки рівня:

- A. Тілесного
- B. Когнітивного
- C. Емоційного
- D. Поведінкового

Правильна відповідь: D

5. Яка ознака найчастіше свідчить про перехід від гострого стресу до професійного вигорання?

- A. Прискорене серцебиття
- B. Цинізм та емоційне виснаження
- C. Нав'язливі думки про помилки
- D. Тремор рук

Правильна відповідь: B

6. Реакція «fawn» (підлабузництво, надмірна угідливість) відноситься до рівня:

- A. Фізіологічного
- B. Когнітивного
- C. Емоційного
- D. Поведінкового

Правильна відповідь: D

7. Яка шкала найчастіше використовується для самооцінки сприйнятого стресу?

- A. PHQ-9
- B. Perceived Stress Scale (PSS)
- C. GAD-7
- D. Maslach Burnout Inventory

Правильна відповідь: B

8. Найпоширеніша когнітивна помилка при гострому стресі:

- A. Позитивне мислення
- B. Катастрофізація
- C. Реалістична оцінка
- D. Гумор

Правильна відповідь: B

9. Яка емоція найчастіше передує емоційному виснаженню при вигоранні?

- A. Радість
- B. Хронічна дратівливість
- C. Спокій
- D. Ейфорія

Правильна відповідь: B

10. Який рівень прояву стресу найскладніше розпізнати у себе на ранній стадії?

- A. Фізіологічний
- B. Когнітивний
- C. Емоційний
- D. Поведінковий

Правильна відповідь: B (через автоматичність думок)

Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Медицина невідкладних станів: підручник / За ред. В. В. Лазоришина. – К.: Медицина, 2023 (оновлене видання 2025).
2. Медична психологія: підручник / За ред. О. П. Власенко. – К.: Медицина, 2024.
3. Сестринська справа в терапії та хірургії: підручник / За ред. Л. М. Яковлевої. – К.: Медицина, 2024 (розділ Психологічні аспекти роботи).

Додаткова:

1. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping (1984 з сучасними доповненнями).
2. Maslach C., Leiter M.P. The Truth About Burnout (2023 updates).
3. World Health Organization. ICD-11 — Burn-out an “occupational phenomenon” (2019 з оновленнями).

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.who.int> (WHO – Stress & Burnout).
2. <https://www.apa.org/topics/stress> (APA – Stress Effects on Body & Mind).
3. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо психологічної допомоги медпрацівникам).

4. <https://positivepsychology.com> (Positive Psychology – Stress Worksheets & Checklists).

ТЕМА

ЕФЕКТИВНА ВЗАЄМОДІЯ У СКЛАДНИХ СИТУАЦІЯХ: МЕДИЧНА ПОМИЛКА, ПОГІРШЕННЯ СТАНУ ХВОРОГО, РАПТОВА СМЕРТЬ ПАЦІЄНТА

Мета: Сформувати у здобувачів вищої освіти навички самостійного засвоєння та відпрацювання алгоритмів ефективної, етичної та психологічно безпечної комунікації лікаря з пацієнтом, родичами та колегами у трьох найбільш травматичних ситуаціях: визнання та розкриття медичної помилки, повідомлення про раптове погіршення стану / смерть пацієнта, робота з горем родичів. Розвинути розуміння етичних, юридичних та психологічних аспектів таких розмов, уміння зберігати професійну емпатію, уникати захисних реакцій та знижувати ризик вторинної травматизації для всіх учасників.

Основні поняття (перелік питань):

- Медична помилка: визначення (за WHO, МОЗ України), види (діагностична, тактична, технічна), обов'язок розкриття
- Етичні та юридичні підстави розкриття медичної помилки (Кодекс етики лікаря України, Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я», Наказ МОЗ № 1422)
- Модель розкриття помилки (Sorry Works!, CANDOR, Apology & Disclosure Framework)
- Погіршення стану хворого: повідомлення про перехід до паліативної допомоги, відмова від реанімації, DNR/DNI
- Раптова смерть пацієнта: алгоритм спілкування з родичами (GRIEV_ING, ABCDE-модель, SPIKES-адаптація)
- Горе та гостра стресова реакція в родичів: фізіологічні, емоційні, поведінкові прояви
- Вторинна травматизація медичного працівника (compassion fatigue, vicarious trauma)
- Самоконтроль лікаря під час складної розмови (техніки grounding, box breathing, self-compassion)
- Документування складних розмов (що фіксувати, як фіксувати, хто підписує)
- Командна підтримка після інциденту (peer support, psychological first aid, де-брифінг)

План:

1. Поняття медичної помилки за українським законодавством та міжнародними стандартами. Обов'язок розкриття помилки, що спричинила шкоду.
2. Модель розкриття помилки (CANDOR / Sorry Works!): етапи, ключові фрази, що можна і не можна говорити.
3. Етичні та юридичні ризики приховування помилки vs ризики повного розкриття.
4. Алгоритм повідомлення про раптове погіршення стану / смерть пацієнта (GRIEV_ING, SPIKES-адаптація для лікаря).
5. Особливості розмови з родичами після раптової смерті (місце, час, хто присутній, як відповідати на звинувачення).
6. Психологічні реакції родичів у перші години після смерті близької людини (шок, заперечення, гнів, торг, депресія).

7. Техніки збереження власної психологічної стійкості під час та після складної розмови (grounding, box breathing, self-compassion breaks).
8. Документування складних розмов: що обов'язково фіксувати в історії хвороби, хто підписує, як оформлювати відмову від реанімації.
9. Командна підтримка після критичного інциденту (peer-to-peer support, critical incident stress debriefing, доступні ресурси в Україні).
10. Профілактика вторинної травматизації та професійного вигорання при частих складних розмовах.

Питання для самоконтролю:

1. Чи зобов'язаний лікар розкривати медичну помилку, якщо вона не спричинила шкоди пацієнту?
2. Назвіть 5 ключових етапів моделі розкриття помилки за CANDOR.
3. Яка фраза є етично правильною при визнанні помилки?
4. У якому порядку за GRIEV_ING повідомляється родичам про смерть пацієнта?
5. Яка перша реакція родичів після повідомлення про смерть найчастіше зустрічається?
6. Назвіть 3 техніки швидкого самоконтролю лікаря перед складною розмовою.
7. Що обов'язково фіксується в історії хвороби після розмови про відмову від реанімації?
8. Яка головна мета де-брифінгу після критичного інциденту?
9. У чому різниця між гострою стресовою реакцією (ASD) та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у медпрацівника?
10. Який етичний принцип найчастіше порушується при приховуванні медичної помилки?

Завдання для самостійної роботи:

Практичні / аналітичні завдання:

- Складіть порівняльну таблицю трьох ключових алгоритмів спілкування в складних ситуаціях (стовпці: ситуація — визнання помилки, повідомлення про смерть, відмова від реанімації; алгоритм; ключові фрази; етичні ризики; юридичні ризики).
- Напишіть 5 повних сценаріїв розмови (по 8–12 реплік) для таких ситуацій:
 1. Лікар визнає помилку (затримка з діагностикою, що призвела до ускладнення) перед пацієнтом та родичами
 2. Повідомлення матері про раптову смерть дитини в реанімації
 3. Розмова з пацієнтом, який відмовляється від реанімації при термінальній стадії
 4. Повідомлення родичам про перехід до паліативної допомоги
 5. Відповідь на звинувачення родича «Ви вбили мого батька!» після смерті
- Проаналізуйте 3 реальні або гіпотетичні кейси з літератури / практики, де помилки в комунікації після критичного інциденту призвели до: а) скарги / судового позову; б) вторинної травматизації родичів; в) професійного вигорання лікаря. Вкажіть, який алгоритм мав бути застосований і як його правильне використання могло змінити результат.
- Підготуйте коротку презентацію (7–9 слайдів) на тему: «Покроковий алгоритм розкриття медичної помилки: етичні та юридичні аспекти (модель CANDOR)».
- Складіть особистий чек-лист підготовки до складної розмови з родичами після смерті пацієнта (12–15 пунктів: місце, час, хто присутній, що сказати, як реагувати на емоції).

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Основна мета розкриття медичної помилки згідно з етичними стандартами:

- A. Захистити лікаря від позову
- B. Відновити довіру та дати пацієнту право на інформацію
- C. Задовольнити вимогу родичів
- D. Виконати формальну вимогу МОЗ

Правильна відповідь: B

2. Перший крок у моделі розкриття помилки за CANDOR:

- A. Вибачення
- B. Планування зустрічі та підготовка (Care for the Caregiver)
- C. Повне визнання провини
- D. Фінансова компенсація

Правильна відповідь: B

3. Найефективніша перша фраза при повідомленні про смерть близької людини:

- A. «Ваш чоловік помер»
- B. «На жаль, ми зробили все можливе, але серце зупинилося і не вдалося його запустити...»
- C. «Йому вже не допомогти»
- D. «Це сталося раптово»

Правильна відповідь: B

4. Яка фраза є етично неприйнятною при розкритті помилки?

- A. «Ми припустилися помилки в діагностиці, через що ускладнення розвинулися швидше»
- B. «Це сталося не з нашої вини, обладнання було несправне»
- C. «Я особисто несу відповідальність за те, що ми не розпізнали стан вчасно»

D. «Ми щиро співчуваємо вашій втраті і готові відповісти на всі питання»

Правильна відповідь: В

5. Найпоширеніша реакція родичів у перші хвилини після повідомлення про смерть:

A. Гнів

B. Шок / заперечення

C. Депресія

D. Прийняття

Правильна відповідь: В

6. Алгоритм GRIEV_ING найчастіше застосовується при:

A. Повідомленні про смерть

B. Розкритті медичної помилки

C. Відмові від реанімації

D. Передачі важкого пацієнта

Правильна відповідь: А

7. Яка дія лікаря є етично правильною після визнання помилки?

A. Уникати подальших контактів з родичами

B. Запропонувати психологічну підтримку родині та відкрито відповісти на всі питання

C. Негайно передати пацієнта іншому лікарю

D. Запропонувати грошову компенсацію без пояснень

Правильна відповідь: В

8. Найбільш етична відповідь на звинувачення родича «Ви вбили мою матір!»:

A. «Це не так, ми робили все можливе»

B. «Я розумію ваш біль і гнів. Ми готові відкрито обговорити, що сталося, і відповісти на всі ваші питання»

С. «Ви не маєте права так говорити»

Д. Мовчання

Правильна відповідь: В

9. Яка фраза є прикладом захисної реакції лікаря після помилки?

А. «Я беру на себе відповідальність за те, що ми не розпізнали стан вчасно»

В. «Це сталося через те, що лабораторія затримала результати»

С. «Ми щиро співчуваємо вашій втраті»

Д. «Давайте разом розберемося, що сталося»

Правильна відповідь: В

10. Найважливіший аспект після розкриття помилки, що спричинила смерть:

А. Швидке оформлення документів

В. Психологічна підтримка родини та команди

С. Фінансова компенсація

Д. Зміна лікуючого лікаря

Правильна відповідь: В

Список рекомендованої літератури:

Основна:

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

Додаткова:

1. Кодекс етики лікаря України (2012 з оновленнями).
2. CANDOR Toolkit – Communication and Optimal Resolution (AHRQ, 2023–2025).
3. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News (Baile et al., адаптація для клінічної практики).

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/candor> (CANDOR Toolkit).
2. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety> (WHO Patient Safety – Disclosure of Adverse Events).
3. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо етичних норм та розкриття помилок).
4. <https://www.ismp.org> (Institute for Safe Medication Practices – Error Disclosure).

ТЕМА

АЛГОРИТМИ ВЕРБАЛЬНОГО ТА НЕВЕРБАЛЬНОГО СПІЛКУВАННЯ, АКТИВНОГО СЛУХАННЯ

Мета: Сформувати у здобувачів вищої освіти навички самостійного засвоєння та практичного застосування алгоритмів вербальної та невербальної комунікації, технік активного слухання в медичній практиці, розуміння їх структури, послідовності, вибору відповідно до клінічної ситуації, емоційного стану пацієнта та рівня стресу, а також здатності аналізувати власну комунікацію та виправляти типові помилки.

Основні поняття (перелік питань):

- Вербальна комунікація: алгоритми, ключові принципи (чіткість, структура, темп, тон, обсяг інформації)
- Невербальна комунікація: 7-38-55 правило Мехрабіана, основні канали (міміка, жести, постава, дистанція, погляд, тон голосу, темп мови)
- Активне слухання: визначення, рівні (поверхнєве, емпатійне, глибоке), техніки (перефразування, віддзеркалення почуттів, уточнюючі питання, мовчання, кивки)
- Алгоритм структурованої розмови з пацієнтом (Tell-Show-Do, 3-етапне пояснення)
- Алгоритм збору суб'єктивних даних (OPQRST, SAMPLE)
- Алгоритм деескалації (CPI, Verbal Judo — вербальні та невербальні компоненти)
- Алгоритм активного слухання в медичній розмові (6 кроків Carl Rogers + медична адаптація)
- Бар'єри активного слухання (перебивання, поради, осуд, відволікання, «Я теж так мав»)
- Вплив невербальних сигналів на довіру та співпрацю пацієнта
- Самооцінка вербальної та невербальної комунікації (чек-листи, рефлексія, відеозапис)

План:

1. Класичне правило Мехрабіана 7-38-55 та його застосування / обмеження в медичній комунікації.
2. Алгоритм структурованої вербальної комунікації з пацієнтом (Tell-Show-Do, 3-етапне пояснення: що буде, як буде, чому це потрібно).
3. Основні канали невербальної комунікації та їх вплив на сприйняття лікаря пацієнтом (поза, дистанція, погляд, міміка, тон, темп).
4. Алгоритм активного слухання (6 кроків Carl Rogers + медична адаптація: слухати → не перебивати → віддзеркалювати → уточнювати → узагальнювати → перевіряти розуміння).
5. Техніки перефразування, віддзеркалення почуттів, уточнюючих питань — приклади в медичній практиці.
6. Алгоритм деескалації вербальними та невербальними засобами (CPI-етапи, ключові фрази, безпечна дистанція, відкрита постава).
7. Алгоритм збору скарг на біль (OPQRST) — вербальні та невербальні аспекти.
8. Типові помилки вербальної комунікації (перебивання, медичний жаргон, закриті питання, поради замість слухання).

9. Типові помилки невербальної комунікації (схрещені руки, відведений погляд, швидка мова, стояння над пацієнтом).
10. Самооцінка та рефлексія після розмови з пацієнтом (чек-листи, щоденник, аналіз відео).

Питання для самоконтролю:

1. Яке співвідношення вербальних, вокальних і невербальних компонентів за правилом Мехрабіана?
2. Назвіть 3 основні етапи алгоритму Tell-Show-Do при поясненні процедури.
3. Яка дистанція вважається оптимальною для довірчої розмови з пацієнтом?
4. Перелічіть 6 основних кроків активного слухання за Carl Rogers.
5. Яка фраза є прикладом віддзеркалення почуттів?
6. Назвіть 3 типові бар'єри активного слухання в медичній практиці.
7. Який невербальний сигнал найчастіше сприймається як захисний або агресивний?
8. Як змінюється темп мови лікаря при розмові з пацієнтом у гострому болю?
9. Яка мета уточнюючих питань при активному слуханні?
10. Назвіть 3 типові помилки невербальної комунікації під час деескалації агресії.

Завдання для самостійної роботи:

Практичні / аналітичні завдання:

- Складіть порівняльну таблицю вербальних та невербальних прийомів у 4 типах ситуацій (стовпці: ситуація — гострий біль, панічна атака, агресивний пацієнт, повідомлення поганого прогнозу; вербальні прийоми; невербальні сигнали; ціль).
- Напишіть 5 повних сценаріїв розмови (по 6–10 реплік), де лікар застосовує активне слухання + емпатію + чітке пояснення:
 1. Пацієнт у гострому болю кричить: «Зробіть щось, я помираю!»
 2. Пацієнтка в паніці перед операцією: «Я боюся, що не прокинусь»
 3. Агресивний пацієнт: «Ви всі тут ні на що не здатні!»
 4. Родич після смерті близької людини впадає в істеріку
 5. Пацієнт з хронічним захворюванням відмовляється від лікування
- Проаналізуйте 3 відео або аудіозаписи реальних медичних розмов (з YouTube, навчальних ресурсів або власного досвіду): а) приклад ефективної комунікації; б) приклад неефективної (вербальні помилки); в) приклад неефективної (невербальні помилки). Вкажіть: які елементи активного слухання були застосовані, які невербальні сигнали працювали / не працювали, які алгоритми можна було б використати.
- Підготуйте коротку презентацію (7–9 слайдів) на тему: «Активне слухання в медичній практиці: 6 кроків + приклади фраз для різних ситуацій».
- Складіть особистий чек-лист самооцінки після розмови з пацієнтом (12–15 пунктів), що включає вербальні, невербальні та активне слухання елементи.

Тестові завдання для самоконтролю:

1. За правилом Мехрабіана при передачі емоцій найбільшу роль відіграє:
А. Вербальний зміст (7 %)

В. Тон голосу (38 %)

С. Невербальні сигнали (55 %)

Д. Усе порівну

Правильна відповідь: С

2. Перший крок активного слухання за Carl Rogers:

А. Перефразувати сказане

В. Повністю вислухати без переривання

С. Дати пораду

Д. Запитати уточнюючі питання

Правильна відповідь: В

3. Найефективніша дистанція для розмови з пацієнтом у стані гострого болю:

А. 0–0,5 м

В. 0,8–1,2 м

С. 2–3 м

Д. 4 м і більше

Правильна відповідь: В

4. Яка фраза є прикладом віддзеркалення почуттів?

А. «Ви повинні терпіти»

В. «Ви зараз дуже злитеся і відчуваєте несправедливість»

С. «Це не так страшно»

Д. «Давайте я вам дам знеболювальне»

Правильна відповідь: В

5. Який невербальний сигнал найчастіше сприймається як захисний або агресивний?

А. Відкрита постава, руки вздовж тіла

В. Схрещені руки на грудях

С. Повільні рухи

Д. Посмішка

Правильна відповідь: В

6. У ситуації гострого болю найбільш ефективний темп мови лікаря:

А. Дуже швидкий

В. Повільний і спокійний

С. Нормальний розмовний

Д. Підвищений тон

Правильна відповідь: В

7. Яка дія порушує принцип активного слухання?

А. Перефразування сказаного

В. Перебивання пацієнта з порадою

С. Уточнююче питання

Д. Мовчання з кивками

Правильна відповідь: В

8. Алгоритм OPQRST застосовується для:

А. Повідомлення поганої новини

В. Збору скарг на біль

С. Передачі зміни

Д. Деескалації агресії

Правильна відповідь: В

9. Яка фраза є прикладом емпатійного початку розмови?

А. «Це не так страшно»

В. «Я бачу, що вам зараз дуже важко...»

С. «Терпіть, зараз пройде»

Д. «Ви перебільшуєте»

Правильна відповідь: В

10. Найефективніший спосіб підвищити довіру пацієнта в екстремальній ситуації:

А. Швидка мова та наказовий тон

В. Спокійний низький тон, відкрита постава, контакт очима

С. Уникнення погляду

Д. Стояти над пацієнтом

Правильна відповідь: В

Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Медицина невідкладних станів: підручник / За ред. В. В. Лазоришина. – К.: Медицина, 2023 (оновлене видання 2025).
2. Медична психологія: підручник / За ред. О. П. Власенко. – К.: Медицина, 2024.
3. Сестринська справа в терапії та хірургії: підручник / За ред. Л. М. Яковлевої. – К.: Медицина, 2024.

Додаткова:

1. TeamSTEPPS 3.0: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (AHRQ, 2023–2025).
2. Rogers C.R. On Becoming a Person (1961 з сучасними доповненнями та адаптаціями).
3. Mehrabian A. Nonverbal Communication (1972 з оновленими інтерпретаціями).

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.ahrq.gov/teamstepps> (TeamSTEPPS – Communication in Crisis).
2. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety> (WHO Patient Safety – Communication).
3. <https://moz.gov.ua> (Накази МОЗ України щодо комунікації в медицині).
4. <https://positivepsychology.com/active-listening-techniques> (Active Listening Resources & Worksheets).