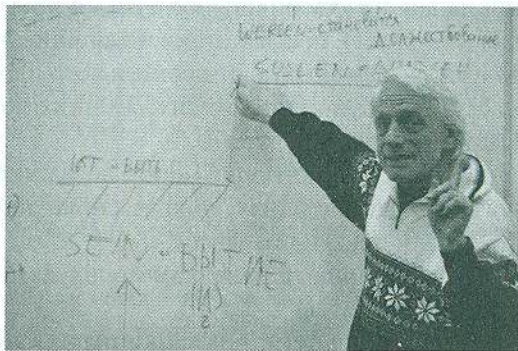


Розділ 1. ПРОФЕСІЙНА КОМУНІКАЦІЯ В ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ



Якщо немає діалогу, ми неефективні.
Екзистенційний психотерапевт Альфрід Ленгле

Ключові поняття теми: комунікація, дисконікація, етико-деонтологічні принципи комунікації, правові аспекти комунікації, комунікативна компетентність лікаря, оцінка комунікативних навичок.

1.1. Комунікація та етико-деонтологічні принципи в медицині

О.С. Чабан

Людина, перш ніж стати людиною, наділеною особистісними рисами та характеристиками, повинна була вступити у взаємодію з іншими людьми. Власне це зробило і робить її притаманною лише її особистістю та соціальною.

Ця взаємодія неможлива без комунікації, основою якої є спілкування.

Отже, у цьому контексті комунікація і комунікативні навички розуміються як елемент формування особистості та усвідомлення сутності людини в процесі її життя серед інших людей. Нарешті, спілкування — це не лише формування її специфічних рис особистості, але й набуття теоретичних і практичних навичок, тобто формування її фаховості.

Виходячи з вищевикладеного, стає зрозумілим, що потреба спілкування для психічно здорової людини та її гармонійної особистості є не просто важ-

ливою і високозапитуваною в соціальному аспекті, а доволі часто є вродженою та генетично детермінованою, тобто життєво необхідною.

Власне в цьому проявляється робота її мозку зі структурами, які відповідають за її соціальність у більшому ступені, ніж так званий «індивідуальний мозок».

З плином часу та високою технізацією відбуваються зміни і в контактах між людьми: безпосередні взаємодії комунікативного процесу все більше зміщуються в дистанційні й віртуальні. На цю тему багато пишуть соціальні психологи. Але тепер починають все більше займатися цими проблемами і медичні психологи, психотерапевти та психіатри.

Річ у тому, що високотемпова технізація людства створює невирішені дилеми:

1. Можливість бути на постійному зв'язку з умовно усім світом (інтернет) та маючи одночасно кілька штучних комунікаторів (електронних пристроїв) — на противагу цьому все більше описують соціальну самоізоляцію, зростання відчуття самотності й соціальної занедбаності; маючи можливість бачити, чути, бути втягнутими в емоційно сильні та значущі події життя.

2. За допомогою тих самих засобів цілодобоводіючого зв'язку — одночасно фактор соціального відгородження, принципу невтручання («моя хата з краю...») стає доволі масовим явищем.

3. Будучи максимально соціальною істотою, людина, яка все більше і частіше тягнеться до урбанізації, потрапляє в середовище надщільного проживання, а отже, просто втомлюється від людей, а це вже прямий фактор її вигорання.

4. Проживання в активному способі життя з частими змінами місця проживання та роботи виробляє в ситуації невпевненості алекситимічні форми захисту, а звідси так звані «маски спілкування», нещирість спілкування, флюгеризм думки й докори сумління. Усе це може призвести до екзистенційного кризу та асоціалізації, обмеження спілкування.

5. Зменшення рівня соціального капіталу в соціумі в ситуації недовіри та нігілізму призводить до обмеження широкого спілкування до комунікації лише на горизонтальних рівнях довіри.

Якщо проаналізувати, як відреагує пересічна людина на вищезазначене, то можна виділити такі форми її зміненої комунікації:

1. Повна асоціалізація з відходом від спілкування в реальному середовищі, і тоді можна говорити про «синдром гострої соціальної ізоляції».

2. Обмежене спілкування з лише одним-двома співрозмовниками та постійним відчуттям, що людину не розуміють, не цінують, не люблять, це описується як відчуття «самотності в натовпі» або «самотності серед подібних».

3. Спілкування з обмеженою передачею та прийняттям інформації. Ефект пошуку тих, з ким легше мовчати, ніж спілкуватися («комунікативна недовіра»).

4. Пошук у контактах тих, на кого можна розрядитися, проявити своє незадоволення та агресію.

Розуміючи все це, лікар, як і будь-який медичний працівник, повинен зрозуміти, чому його комунікація з пацієнтом набуває тих чи інших особливостей та іноді стає незрозумілою для нього перепорою до досягнення мети медичного втручання в життя пацієнта.

Звідси розуміння медичним працівником специфіки підходу до індивідуальності пацієнта, переборення бар'єрів спілкування, досягнення лікувальної мети.

1.1.1. Основні психологічні складові спілкування

Хвора людина звертається до медиків та очікує від спілкування з ними розуміння, що з нею відбувається, вона має потребу і прагне отримати фахову пораду, розраду й душевне заспокоєння.

Взаємодія лікаря й пацієнта, яку можна позначити як консультацію, діагностичний і лікувальний огляд, це не лише лікувальна взаємодія в істинному значенні цих слів, але одночасно — психологічна потреба будь-якої людини, у якій щось трапилося зі здоров'ям, виговоритися, почути професійну думку, заспокоїтися, зменшити свій страх та тривогу, привести свій душевний збурений стан хоч в якусь рівновагу.

Усе це стає обов'язковою частиною діагностично-лікувально-реабілітаційного процесу, причому важливою.

Якщо ж спробувати зрозуміти та оцінити компоненти спілкування в контексті вищесказаного, то найбільш важливими стають такі: уміння правильно слухати, активно й ефективно сприймати, вчасно виявляти, демонструвати ефект постійної присутності (не відволікатись і не робити якусь паралельну роботу, не вести бесіди по телефону), демонструвати толерантне ставлення до альтернативних поглядів пацієнтів та їхніх родичів, демонструвати альтруїзм і емпатію, бути людяним та щирим, «живим» лікарем, а не вихолошеним від гуманних рис носієм фахових знань і клінічних настанов та рекомендацій.

Потрібно добре усвідомлювати, що слухати і чути — два різних поняття; а людина здатна сприймати й опрацьовувати інформацію в 4 рази швидше, ніж відтворювати її; що лікар та його пацієнт — це два різні типи нервової системи, особливостей психіки й особистості. А ще розуміти та знати, що навіть при повторних зустрічах наші канали сприймання працюють неоднаково, і в пацієнта може залишитися недостатньо знань щодо його проблеми.

Усе вищенаведене вже надає процесу комунікації певні особливості та має різний результат.

Тому коли лікар і пацієнт розмовляють та слухають один одного, вони не просто обмінюються інформацією, а одночасно передають один одному

сигнали про стан своїх емоцій, впевненість чи невпевненість, рішучість чи нерішучість, невербальні сигнали щодо наступних дій, заохочення й всього того, що робить цю комунікацію врешті-решт ефективною або неефективною, а іноді й деструктивною.

Спілкування потребує включення природних механізмів співчуття, бажання бути почутим і зрозумілим, заспокоєння, роз'яснення та душевної розрядки. Власне, усі ці вимоги, як ніщо інше, потребують ефективної присутності лікаря і його живого включення в спілкування.

Уміння чути та слухати — це одночасно вміння розпізнати істинні проблеми, переживання пацієнта, які доволі часто відрізняються від простого розуміння «переживаю, тому що хворію». За цим розумінням стоять інші дії та оцінка лікарем емоцій його пацієнта, а отже, більш ефективна співпраця з ним, створення ефективного терапевтичного альянсу.

Під час розмови з пацієнтом лікар повинен забезпечити все від нього залежне, щоб пацієнт саморозкрився та став союзником лікаря у вирішенні власних проблем. Саморозкриття — складний процес і не дається легко нікому, а тим більше людині із соматичними чи психічними проблемами. Тому ефективний лікар — це лікар, який вмє правильно організувати бесіду, бути керівником фахової розмови, вести за собою та своєю думкою пацієнта, але також враховувати його природну наляканість, тривожність, злість і безпорадність. Саморозкриття пацієнта — це високофахова робота лікаря зі знаннями про психологію хворої людини, особливості її реакцій, усвідомлені та неусвідомлені форми захисту навіть від комунікації з фахівцями. На ефекті саморозкриття, по суті, ґрунтуються всі методи психотерапії. На нещирості та «бавленні в ролі» ефективної терапії не побудуєш. Але доволі часто пацієнти, не усвідомлюючи цього, включаються в ці ролі (жертви, ображеного життям, обтяженого гріхом, виною, обтяження для сім'ї, злого року, розплати тощо). Мистецтво лікаря — вивести пацієнта із цих ролей і працювати з його особистістю в досягнутому стані довіри та щирості. Лікар ніколи не моралізує. Він лікує.

В основі такої взаємодії завжди лежить особлива людська властивість, яку іноді приписують і вищим тваринам, — емпатія. Емпатія — це складна робота дзеркальних нейронів нашого головного мозку, які реагують на багато сигналів від співрозмовника: його емоції, гучність та тембр голосу, переривчастість чи безперервність мовлення, вираз обличчя, паузи, якщо вони чимось відрізняються від звичної розмови, невербальні сигнали тощо.

Співрозмовники в емпатичному зв'язку наче постійно міняються місцями і починають співпереживати один одному. Усе це доповнюється рефлексивним альтруїзмом, а звідси — відчуття глибокого розуміння проблем і переживань співрозмовника аж до хворобливих власних проявів, як це

часто буває в рідних людей (втрата сну, надмірна тривога, страх, розпач). Звичайно, лікар, проявляючи емпатію, не має права включитися надмірно в страждання пацієнта, тому що за цим настане професійне вигорання, і хороший, совісний та висококваліфікований лікар більше не буде ефективним для сотень, а то й тисяч інших пацієнтів, які так і не дочекаються його допомоги. Лікаря від подібного «надемпатичного» включення захищає його професійність. Але і бути не емпатичним, таким собі «доктором Хаусом» зі знаменитого медичного серіалу, — це також прояв нефаховості та механізму професії.

Недаремно сучасні розробники медичного програмного забезпечення, особливо для дистанційного варіанта комунікації, паралельно розробляють програми проявів емоцій чат-ботів та програми на кшталт «Доктор Watson».

Без емпатії й альтруїзму комунікація стає таким собі фантомом взаємодії між лікарем та пацієнтом: щось обоє отримують, але це несправжнє і неефективне для подальшої взаємодії, особливо орієнтованої на тривалу терапію.

1.1.2. Деонтологічні засади медичної діяльності

Розуміння сучасного підходу до лікувально процесу — це прийняття ідеї, яку інтенсивно впроваджує ВООЗ в останні десятиліття, а саме біопсихосоціальної моделі будь-якого захворювання. Що це означає? Це означає, що в основі хвороби завжди лежать ці складові частини, а отже, об'єктом і суб'єктом дії стає не лише біологічний об'єкт — уражене хворобою тіло, а й психологія людини, розуміння її соціальності та життя загалом.

Зрозуміло, що тоді підхід до пацієнта змінюється, і ми починаємо говорити про полісистемну оцінку та полісистемний, комплексний підхід.

Взаємодія, як і комунікація, у медицині в основному побудована на системі спілкування «людина з людиною», навіть якщо застосовуються дистанційні засоби комунікації. У цій системі лікар, який досягає ефектної комунікації, демонструє свою зацікавленість, емпатію, професіоналізм, формує прихильність та можливості для терапевтичного альянсу, правильного розподілу відповідальності за здоров'я пацієнта, отримує кредит довіри до надійності запропонованих методів і способів лікування. Це також пов'язано з тим, що пацієнту легше відкриватися для розуміння лікарем проблем патогенезу та динаміки його хвороби.

Обоє успішно долають перепони у вигляді приховування з боку пацієнта незручних тем (алкоголізм у сім'ї, насильство, небажана вагітність, так звані «ганебні» хвороби). Подолання приховувань та їх розкриття — це не лише доповнення до розуміння патогенезу, а й позбавлення впливу прихованих емоцій на соматичний і психічний стан пацієнта.

Тому надзвичайно важливо, щоб лікар докладав зусиль для встановлення ширих та довірчих стосунків. Це передбачає також урахування особ-

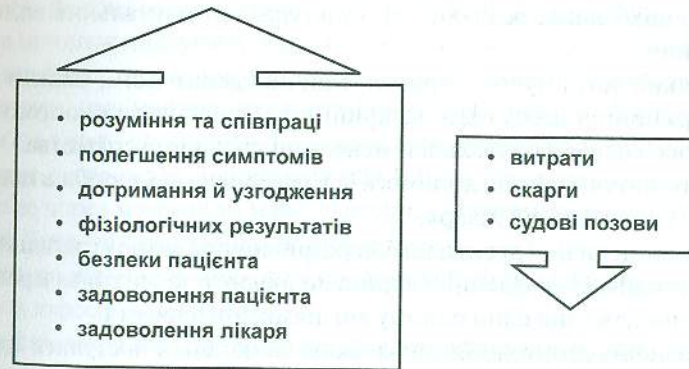
ливостей характеру пацієнта як до хвороби, так і тих, що виникли через хворобу, особливо в хронічних та ускладнених варіантах.

Якщо лікар не має часу на дотримання всіх цих медико-психологічних вимог до його поведінки та взаємодії з пацієнтом або не розуміє їх значення чи розуміє, але нічого не робить у цьому напрямку, його взаємодія з пацієнтом, зрозуміло, все одно продовжується. Просто пацієнту нікуди подітися — він прийшов по допомогу.

Але доволі скоро пацієнт відчуває формальність таких зустрічей, втрачає інтерес, а то й побоюється їх, формує та передає іншим негативну думку про лікаря, іноді посилюючи її своїми негативними емоціями, недовірою, та свідомо або позасвідомо намагається уникнути такого лікаря. Досить часто пацієнти припиняють лікування, незважаючи на те, що їх неемпатичний і «холодний» лікар все призначив правильно, орієнтуючись на останні рекомендації та клінічні настанови.

Це ситуація, коли лікар, попри всі свої хороші й високопрофесійні знання, так і не зможе їх вміло передати та зробити пацієнта довіреною особою і своїм союзником проти спільного ворога: його хвороби та поганої якості життя.

Покращення медичної професійної комунікації приводить до:



Тому коли починають говорити про ступінь професійності лікаря, його професійні навички, мабуть, варто спершу розглянути саму сутність цієї діяльності.

Будь-яка праця стає ефективною, якщо індивідуально-особистісні особливості людини збігаються з вимогами, які до неї пред'являє сама професія. Без медичної деонтології, її розуміння та дотримання професійності лікаря не існує, у такому разі ми говоримо про просте медичне ремесло і бездуховну технізацію лікувального процесу.

Медична деонтологія — це поєднання певних принципів і стилю поведінки персоналу, який працює в медичній сфері та взаємодіє з пацієнта-

ми, їхніми родичами, відвідувачами на робочому місці, а також за межами медзакладу, якщо це стосується взаємодії з пацієнтом у лікувальному процесі чи навіть через деякий час після одужання — з колишніми пацієнтами (наприклад, заборона на розголошення лікарської таємниці і подробиць особистого життя, які стали відомими через лікувальну взаємодію), це одночасно оцінка й дотримання принципу «не нашкодь» — ані діями, ані словом, ані ставленням.

Медична деонтологія відрізняється від інших видів фахової деонтології. Оскільки в лікувальній взаємодії, як ніде, зосереджені болочі та інтимні переживання пацієнта, інтимні подробиці його особистого життя, прояви його хвороби, фактори, які можуть стати стигматизуючими й соціально обмежувальними для нього, та інші важливі моменти його теперішнього і майбутнього життя, медична деонтологія стає в цьому випадку надважливим інструментом взаємодії та досягнення повного взаєморозуміння, відкритості, щирості й ефективної роботи. У медичній деонтології не існує моралізації та психологічної травматизації пацієнта, незважаючи на будь-які його хвороби, навіть такі, які в соціумі вважаються «ганебними» чи «гріховними».

Лікар, який дотримується правил та принципів медичної деонтології ніколи не осудить і не буде проявляти свого ставлення до пацієнта з позиції свого виховання, релігійності, культурально-ментальних впливів та проживання.

Лікар, який дотримується правил медичної деонтології, завжди додержується принципів неосудження, прийняття, співчуття та допомоги, незважаючи на жодні культуральні й ментальні правила суспільства.

Цінність життя людини, допомога їй у переборенні хвороби в цьому випадку стає вершиною дій лікаря.

Розуміння медичної деонтології нерозривно пов'язане із загальним розумінням гуманізму ставлення людини до людини та життя за правилами поваги і нешкодження один одному ані діями, ані словами.

Тому медична деонтологія також включає загальні постулати цих правил, а саме: усвідомлення моральності та етики взаємодії з іншими людьми; дії, які відповідають цьому усвідомленню, і, нарешті, зворотний зв'язок або закріплення рефлексією правильності й безальтернативності цих дій, які, у свою чергу, закріплюють та поширюють ідеї деонтології на інші види діяльності людей серед людей, зокрема на медичну взаємодію. Доволі часто паралельно з розумінням деонтології як взаємодії людей вводять поняття «моральна свідомість» та «самосвідомість».

Можна дискутувати із цього приводу про їх взаємовплив, але однозначно, що моральна свідомість закладається задовго до фахової орієнтації людини та набуття нею професійності і, нарешті, використання цієї професійності.

Тому зрозуміло, що моральна свідомість — це одночасно виховання дитини та її реагування на соціум за межами сім'ї, продукт її взаємовідносин з іншими людьми.

Звичайно, що людина високоморальна, з хорошим розумінням значення своїх моральних властивостей та принципів, при освоєнні професії лікаря автоматично буде включати свою вже закладену моральність у деонтологічну взаємодію з пацієнтом (наприклад, виховану ввічливість, повагу чоловіка до жінки, бажання допомогти немічному тощо), і це буде доброю базою для набуття навичок суто фахової деонтологічної поведінки та правил медичної деонтології.

У випадках, коли виникають деонтологічні проблеми, ятрогенії, конфлікти через порушення правил етики та деонтології в медичних закладах, потрібно розуміти, що в цих ситуаціях обов'язково задіяні і моральні принципи всіх сторін. Тому розуміння етико-деонтологічної роботи, навчання, контролю дотримання цих принципів — це одночасно розуміння нових вимог та наукових підходів щодо найбільш ефективної взаємодії в діагностично-лікувально-реабілітаційному процесі.

Сучасна надшвидка технізація, техніка як посередник у комунікації між лікарем і пацієнтом, довіра чи недовіра до закладених у техніку програм та алгоритмів виводять деонтологічні запити на новий рівень.

Навіть фахова самоідентифікація із цієї точки зору набуває нових рис: техніка починає диктувати стиль поведінки з пацієнтом. Лікар віддаляється від пацієнта як у прямому, так і в переносному значенні слова. Іншими словами, задумайтесь над риторичним запитанням: «Чи є високопрофесійним лікар, який чудово освоїв новий суперсучасний діагностичний комплекс, наприклад знаменитий «Да Вінчі», і буде взаємодіяти з пацієнтом лише через монітор та маніпулятори, і більше немає ніяких інших даних про його (лікаря) характеристики?».

Якщо ви відповіли «так», тоді поверніться, будь ласка, до розуміння поняття «професійність лікаря».

До речі, моральні взаємодії та етика поведінки — це ще і навчання та самовдосконалення лікарів. Це також їх взаємодія в колективі, а не лише з пацієнтами. Це ефективна командна робота без явищ професійного вигорання та відчуття спустошення і несправедливості та ненависті до власної роботи.

1.1.3. Етико-моральні чинники професійного й особистісного становлення лікаря

Особистісне зростання студентів до ступеня усвідомлення ними своєї фахової належності до медичної спільноти — однозначно важливий процес і передумова всього подальшого професійного росту, самовдосконалення та, нарешті, розуміння себе в цій професії, отримання задоволення й усвідомлення правильності вибору цього життєвого шляху.