

## ОСОБЛИВОСТІ ВЕРБАЛЬНОГО СПІЛКУВАННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА І ХВОРОГО

А. В. Мединська, С. О. Коноваленко

*«Перший Київський медичний коледж  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

---

У статті проаналізовано особливості функціонування мовного етикету та культури у професійній діяльності медичного працівника. Дані дослідження дають багатий матеріал для глибшого й повнішого опису сучасного стану функціонування мови у суспільстві в цілому, і зокрема у медичному колективі.

---

## THE FEATURES OF VERBAL COMMUNICATION OF MEDICAL WORKERS AND PATIENTS

A. V. Medynska, S. O. Konovalenko

*First Kyiv Medical College  
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University*

---

The article analyzes the main peculiarities of speaking etiquette and culture in professional activities of medical worker. These studies provide rich material for a deeper and more complete description of current state of language functioning in society, particularly between the members of medical staff.

---

**Вступ.** Проблема впливу певної професії на дискурс особистості – одна з актуальних та маловивчених тем у науці про мову. Хоча варто зазначити, що окремі аспекти цієї проблеми вже набули свого висвітлення у працях учених останніх років. Перспективний підхід до її вивчення демонструють роботи різних шкіл із мовознавства.

Важливим складником особистості медика є мовна культура. Від мистецтва мовного спілкування багато в чому можуть залежати і наслідки лікування. Як доводить медична практика і саме життя, слово і ранить, і лікує. Тому медичний працівник має володіти мовною культурою: вміти добирати мовностилістичні засоби і прийоми відповідно від умов і цілей спілкування, передаючи певний психокультурний контекст. Саме це є тим стрижнем, на який нанизуються професійні знання та вміння фахівця [1].

Дослідження мовленнєвого етикету в професійній діяльності є основним завданням для глибшого й повнішого опису сучасного стану функціонування мови у суспільстві в цілому, і зокрема у медичному колективі.

© А. В. Мединська, С. О. Коноваленко, 2016

**Основна частина.** Спілкування відіграє важливу роль в житті й діяльності людей. Без спілкування неможливо, наприклад, розвиток культури, мистецтва, рівня життя, тому що тільки за допомогою спілкування, накопичений досвід поколінь минулого часу передається новим поколінням. Уміння бути співрозмовником завше цінувалося в минулому, цінується воно і нині. Неправильність спілкування, його недостатність чи повна відмова від нього часто є причиною конфліктів між людьми. Помилки у спілкуванні полягають передусім у порушенні стандартів культурної поведінки, етичних та естетичних норм у послугуванні вербальними і невербальними засобами комунікативної взаємодії. У спілкуванні є також своє добро і зло (об'єкт етики) та своє високе та низьке, прекрасне і потворне (об'єкт естетики). Доброзичливе ставлення до людей, зацікавлене й щире переживання їхніх бід і радощів потребують відповідального вираження у мовній і позамовній формі.

Органічне поєднання добра і краси в комунікативній взаємодії становить те, що називають мистецтвом спілкування [2].

Метою даного дослідження було вивчення та аналіз особливостей функціонування мовного етикету та культури у професійній діяльності медичного працівника.

В. Скуратівський слушно зауважив, що «одним із суттєвих показників людської шляхетності є культура мовлення – поняття не тільки лінгвістичне, а й психологічне, естетичне й етичне». Це складна система мовних знаків, що спирається на моральні правила й вимоги і вказує на ставлення як до інших людей, так і до себе. Мовленнєвий етикет формується не одним поколінням людей, і в ньому, як у дзеркалі, відображається менталітет народу. Він є неодмінною складовою професіоналізму медичних працівників і всіх тих, кому доводиться вирішувати через спілкування свої ділові проблеми. Люди, як правило, негативно реагують на порушення вироблених суспільних правил етикету, в тому числі й мовленнєвого.

Мовленнєвий етикет (ширше – етико-психологічні основи спілкування) становить те підґрунтя, на якому тільки й можливе професійне формування лікаря. Усі його зусилля допомогти пацієнтові може звести нанівець нечемне, фамільярне привітання, грубість, неуважність, нетактовність, проявлені під час огляду. Спілкування лікаря з хворим – це бесіда обопільно зацікавлених людей, мета яких перемогти недугу. Вона вимагає від медика певних зусиль, нервових витрат, щоб бути доброзичливим, невимушеним, терпимим, не виказувати ні найменшого роздратування. Усе це сприяє подоланню в бесіді з пацієнтом цілком природної тривоги, дратівливості, виснаженості. Майже завжди соматична хвороба супроводжується страхом, переживаннями, які здатні зумовити стресовий, депресивний стан. Хворого можуть відштовхнути, налякати навіть темп, висота звучання голосу, інтонація, яку іноді називають душею слова. Інтонація може змінити зміст одного і того ж слова. Вона може підбадьорити, стати «щитом і бальзамом для ран», і навпаки, знищити, перекреслити усі сподівання. Причому інтонація мовлення лікаря, так само, як і актора, повинна узгоджуватися з його виразом обличчя, жестами. Для пацієнта все це є джерелом інформації, яку він потім прискіпливо аналізує, щоб винести вирок: довіряти чи ні [4, 6].

Між «що сказати» і «як сказати» не існує альтернативи. І все ж принцип «не зашкодь» вимагає від медичного працівника бути особливо уважним, обережним у виборі слів, тим паче, коли йдеться про неприємний діагноз і треба зробити вибір: казати правду чи утриматися. Тут рецептів на кожен випадок немає.

Не слід висловлювати думки з приводу попереднього діагнозу, лише остаточний висновок дає підстави для призначень, порад, рекомендацій. Біля ліжка хворого не можна зловживати медичною термінологією: вона дратує його, примушує нервуватися в очікуванні чогось несподіваного. Є слова – табу, які необхідно вилучити із активного словника медика. Насамперед, це зневажливі, грубі, безцеремонні звертання до колег, пацієнтів, запитання, репліки, коментарі, грубі, безцеремонні звертання до колег, пацієнтів, запитання, репліки, коментарі в умовах, коли хворий не може бути відвертим, або коли вони змушують засоромитись, замкнутись. Скажімо, принизливо людину, яка страждає, називати за діагнозом: діабетик, астматик тощо. Слово, поведінка лікаря можуть стати причиною так званих ятрогенних захворювань. А ось комплімент так само, як і висловлене співчуття, не тільки не погіршує настрій, а й за ствердженням деяких учених, навіть подовжує життя (табл. 1).

Зрозуміла річ, не існує окремих етичних категорій щодо поведінки лікаря, фельдшера, медичної сестри чи санітарки. Етичні принципи у медицині – неподільне ціле, хоча кожний окремий медичний фах має свої професійні, а отже, й етичні відмінності. Проте переважають всеосяжні моральні правила й загальні етичні настанови: слово, чесноти, намагання й знання медичного працівника, його невід'ємні моральні гасла в практичній поведінці відіграють істотну роль у зціленні хворого й допомозі йому.

Людина – не тільки дуже складний, а й найцінніший об'єкт впливу, тому що вона є особистістю. Довіряючись лікарю, хворий чекає від нього прояву вищих моральних якостей, хоче бачити в ньому зосередження моральних чеснот і насамперед співчуття, виключну сумлінність та самодисципліну, чесність і високу майстерність, вправність, серйозне ставлення до своєї справи і здатність до самозречення.

Лікар повинен ставитися до хворого не як до людини взагалі, а як до особистості. Інакше гуманізм є лише принципом, а не реальним вчинком. Щодо моралі як суті, то маємо тут деяку однозначність, незалежну від обставин. Він нібито забезпечує «надійність» лікаря у його стосунках з людьми (здоровими і хворими) безпосередньо на робочому місці й у побуті, визначає усі етичні принципи його. Починаючи спілкуватися із хворим, лікар зобов'язаний сконцентрувати на ньому всю свою увагу, ніби забувши про себе, підкоривши розум, волю, знання й досвід справі збереження життя, полегшення страждання, відновлення здоров'я [3, 5].

**Таблиця 1.** Вербальні етикетні засоби спілкування

Структура мовного етикету	Формули мовного етикету
Звертання та привернення уваги	Лікарю, пане лікарю, пані лікарю, сестро, друже, пані, пане, добродію, отче, Ваше преосвященство. Вельмишановні пані та Панове!
Знайомство, представлення	Дозвольте Вас познайомити з... Багато про Вас чув. Дуже приємно. Раді познайомитися. Якщо можете... Був радий познайомитися.
Поздоровлення, побажання, благословіння, вшанування	Добрідень (доброго дня)! Здрастуйте! Доброго ранку! Доброго здоров'я! Слава Ісусу Христу! – Навіки слава! Христос рождається! – Славимо його! З Різдом Христовим! Христос воскрес! – Воістину воскрес! З Новим роком! Радий Вас бачити! Дозвольте привітати... Бог на поміч!
Прощання	До побачення! На все добре! До зустрічі! Хай Вам щастить! Всіх гараздів! Надобраніч! Бувайте здорові! До зустрічі! Щастя!
Вибачення	Пробачте (вибачте), будь ласка. Прошу вибачення. Мені дуже шкода... Даруйте!
Присягання	Слово честі! Чесне слово! Йй Богу! Даю слово! Присягаю! Клянуся! Ось тобі хрест! (застар.)
Запрошення, прохання	Зроби! Потрібно зробити... Чи не могли б Ви зробити... Якщо Ваша ласка... Чи можу я Вас попросити? Проходьте, будь ласка! Ласкаво просимо! Маю до Вас прохання
Згода, підтвердження	Згоден. Домовилися. Я не заперечую. Ви маєте рацію. Напевно. Обов'язково. Безперечно. Безумовно. Безсумнівно. Чому б ні?
Заперечення, відмова у відповіді на прохання і запрошення	Ні. Ні, це не так. Нас це не влаштовує. Я не згоден. Дякую, я не можу. На жаль, не зможу. Нізащо. Я заперечую це
Співчуття, розрада	Я Вас розумію. Мені невимовно жаль! Це болить і мені. Ви людина сильна. Не гнівить Бога! Ще все налагодиться
Пропозиція, порада	Дозвольте висловити мою думку щодо... А чи не варто б... Чи не спробувати б Вам... Не гнівайтесь, будь ласка, але... А якби порадитись...
Скарга	Прошу зауважити... У мене є претензії до... Так тривати більше не може... Прошу мене уважно вислухати з приводу...
Комплімент	Ви – рідкісний майстер (фахівець)! Ваші знання неперевершені! Ваша ерудиція (винахідливість, дотепність) фантастична! Ви незрівнянна (-ий). Бережіть у собі іскру Божу
Несхвалення, докір	Вибачте, я не схвалюю... Шкода. Я категорично проти. Дозволю собі Вам нагадати... Це нераціонально. Вважаю, що це недоречно...
Вдячність	Дякую за... (Дуже, щиро, сердечно, красно) дякую. Прийміть мою подяку (вдячність). Як мені віддячити Вам... Я перед Вами в боргу. Велике спасибі!

Саме медицина в кращих своїх моральних зразках і намаганнях концентрує й наочно уособлює концептуальні принципи та засади професійної колегіальності, тобто фахової взаємоповаги, порозуміння та водночас вимогливості до практичної роботи лікарів заради інтересів хворого. На важливості шанобливого ставлення лікаря до знань та навичок більш досвідченого колеги наголошує Гіппократ у своїй класичній «Клятві».

Таким чином, колегіальність у медичному колективі є одним із наріжних принципів, які регулюють взаємостосунки між співробітниками. **Колегіальність – це співробітництво і єдність, довіра й взаємоповага у вирішенні складних питань діагностики, патології та лікування хворих.**

На жаль, у клінічній практиці трапляються непоодинокі випадки прикрого нехтування даним

професійним принципом з боку лікарів, так середнього медичного персоналу. Частіше колегіальність порушують деякі молоді лікарі-кар'єристи, які в гонитві за «авторитетом» чи зиском поступаються принципами добропорядності щодо товаришів по роботі. Не може бути ніякого виправдання таким лікарських висловлюванням, як, наприклад: «*Вам встановили помилковий діагноз*», «*Вважайте за щастя, що потрапили на лікування до мене*» тощо. Свідоме чи навіть легковажне, випадкове паплюження професіоналізму колеги шкодять і справі, і пацієнтові. Адже чи буде відвідувач такого лікаря й надалі вірити в медицину? Напевно, ні. Отже, штучні методи самореклами, ствердження свого «авторитету» згубні хоча б тому, що будуються на аморальній основі.

**Становлення авторитету лікаря – це тривалий і кропіткий процес, що потребує витримки, самовдосконалення й навіть самопожертви.**

Хворі в стаціонарі дуже спостережливі. Лікар, який улесливо, демонстративно шанобливо ставиться до начальства й неухважно, неввічливо до колег або до медичної сестри, одразу ж програє в їхніх очах як особистість. Адаже хворі помічають усе: як одні лікарі намагаються допомогти сестрі нести важку апаратуру, везти каталку, а інші гордують підлеглими і хворими.

**Все на користь хворого – ось головна теза клініки.** Із цього випливає положення, що ретроспективно не завжди можна оцінити: правильність призначень, які були зроблені хворому іншим лікарем. Кожний лікар у встановленні діагнозу або виборі призначень виходить із конкретних обставин, оцінки ним особливостей індивідуальності хворого і багатьох інших чинників. У випадках із історії хвороби, які видають на руки пацієнтові, лікар переважно змушений писати (з метою запобігання психічній травмі, а також збереження лікарської таємниці) пом'якшений діагноз або навіть свідомо неправильний (коли мова йде про пухлини або деякі інші захворювання). Через це читати медичні документи, які написані іншим лікарем, треба з розумінням, не порушуючи при цьому принципів колегіальності та медичної етики.

Гегель називав спроби скинути з рахунка все, що зроблено іншими «недорозвинутим напруженням принципу» і вважав, що таке явище властиве незрілим особистостям. Саме у вмінні оцінити зроблене він вбачав моральну зрілість кожної людини.

Колегіальність у медицині – це не тільки дотримання відповідних етичних норм, а своєрідне колективне надбання професійного досвіду, це школа, де набувають лікарської майстерності через інформацію, що передається вербальним шляхом за максимально короткий проміжок часу.

Порушення принципу колегіальності – неповага до думки колеги, дискредитація його авторитету в очах хворих – несумісне з професійною честю.

Справжній цілитель – завжди психотерапевт. І тому, пише професор О. М. Орлов, по-дикунськи виглядає чорний гумор, яким бравують медики один перед одним. Маємо на увазі, зокрема, такі висловлювання: *«не хвилюйтеся, розтин покаже»*, *«все зрозуміло, як у морзі»*, *«спокійний, як пульс небіжчика»*, *«важко у лікуванні, легко у труні»*, *«лікар К. помиляється один раз... але щодня»*. Неприпустимо ставити під сумнів

дії колеги – лікаря, навіть якщо той не зміг допомогти пацієнтові, розчарував його. Іноді хворий розповідає все не так, як було насправді, не зрозумівши логіки дій лікаря, котрий прагнув зробити найкраще, але чогось не врахував.

Повага майбутніх медиків навчального медичного закладу до людини перевіряється вже на першому курсі, особливо під час практичних занять з анатомії, де досить часто небіжчик стає об'єктом студентських жартів. Для одних – це спроба перебороти неприємні відчуття або страх, для інших – вияв юнацького скептицизму, коли немає нічого святого. Ось чому все більше викладачів наполягають на тому, щоб називати труп «фізичним тілом». Натяк досить прозорий: якщо душа залишила тіло, то це не привід для знуцання. Від наруги над небіжчиком один крок до зневаги живої людини. А от гумор, жарти у спілкуванні лікаря з хворими можуть дати навіть лікувальний ефект, коли хворі їх розуміють і підтримують.

Міжособистісні стосунки між лікарем та хворим будуються за принципом практичної взаємодії. Взаємодія лікаря і хворого – це не просто обмін інформацією, – це частина лікування. Адаже давно відомо, що лікарі можуть впливати на хворобу без будь-яких ліків: прикладом може слугувати ефект плацебо. Плацебо – це біологічно інертна речовина, котру лікар дає хворому як біологічно активну. Свого часу обов'язковою передумовою даного ефекту вважалася сліпа віра у чудодійну силу ліків. Однак співробітництво між лікарем і хворим породжує ефект плацебо без усякого плацебо: будучи науково обґрунтованим, ефект плацебо доповнює медицину як науку і виправдовує на неї. Культура почуттів та мислення лікаря за часів технізації суспільного життя й водночас психоемоційного напруження суспільного навколо медицини, навіть недовіри до неї, потребують від лікаря постійного самовдосконалення. Можна бути глибоко освіченим лікарем, із науковими знаннями й виявитися зовсім безпорадним біля ліжка хворого. Ця безпорадність й, отже, професійна нездатність лікаря проявляється не лише в разі хвороб, коли діагностичні методи поки є недостатніми, але й за обставин, коли фізичною недугою маскуються тяжкі моральні порушення.

Перефразовуючи відоме висловлювання В. М. Бехтерева: якщо хворий після зустрічі з лікарем не відчув полегшення, то був не лікар. Зауважимо: виникнення ятрогенії слід вважати лікарською помилкою, наслідком недостатнього досвіду лікаря в поєднанні зі зверхністю, малоосвіченістю.

Частою умовою виникнення ускладнень у пацієнта може бути однобічна «соматобіологічна орієнтація» лікаря. Це особливо характерно для роботи дільничного лікаря, до якого зі скаргами звертаються пацієнти на початку невротичних захворювань. Водночас лікар і не цікавить емоційний аспект пацієнта. Більшість таких хворих протягом місяців «мандрує» від одного спеціаліста до іншого, поки їх нарешті направлять до невропатолога. Хворий перелічує десятки захворювань, які ніби він переніс. Багато діагнозів були ятропатогенними для хворого.

З іншого боку, негативну дію може зумовити однобічна «психосоціальна орієнтація» лікаря. У таких випадках лікар буде надавати великого значення властивостям особистості хворого, емоційний і соціальним подіям як найважливішим обставинам, які впливають на перебіг та загострення захворювання та їх лікування. І отже, будуть випадати з поля зору такого лікаря більш суттєві органічні чинники хвороби, що в подальшому можуть призвести до виникнення недовіри та розчарування хворого. Таким чином, лікар у спілкуванні з пацієнтом повинен зберігати оптимальний рівень самоконтролю, щоб його професійна діяльність сприяла одужанню пацієнта, а не наносила школи його здоров'ю.

**Розуміння** хворого з боку лікаря – це підґрунтя, на якому закріплюється довіра, адже хворий переконується, що скарги зафіксовані у свідомості лікаря і він їх осмислює. Розуміння може бути виражене і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо. Тон та інтонація здатні демонструвати як порозуміння, так і відстороненість. Якщо хворий переконаний у нерозумінні й небажанні зрозуміти, то він автоматично перетворюється з помічника лікаря на його супротивника.

У таких випадках важливою є культура спілкування: уміння встановити контакт із співрозмовником. Має значення міміка, інтонація, «розмова очей» (це дуже важливий міжемоційний канал).

**Повага** передбачає визнання хворого як індивіда і серйозність його тривоги. Ідеться не тільки про згоду вислухати людину, а головне продемонструвати, що її слова є вагомими для лікаря.

Щоб продемонструвати повагу, необхідно ознайомитись з умовами життя хворого якомога ґрунтовніше, щоб спілкуватися з ним як з особистістю, а не лише як із носієм хвороби. Важливі прості речі, приміром, швидко запам'ятати ім'я та прізвище хворого. Невербальне спілкування здатне як закріпити довіру,

так і зруйнувати: *Якщо дивитись хворому в очі і сидіти поряд з ним, то він відчує, що його поважають. Постійно переривати розмову з хворим або самому вести у присутності сторонні розмови продемонструють неповагу до нього.*

Доцільно буває похвалити хворого за терпіння, за скрупульозне виконання лікарських призначень.

Однією з найбезпечніших і деструктивних звичок лікаря є здатність до принизливих щодо своїх пацієнтів зауважень. Хворий, який випадково почув, як лікар насміхається з нього у колі друзів, мабуть, ніколи не забуде і не пробачить. Аналогічна ситуація може виникнути під час збирання анамнезу, коли лікар постійно робить зауваження з приводу неточних висловлювань хворого, супроводжує зауваження відповідною незадоволеною мімікою обличчя, «нервовими» рухами рук.

Бесіда з пацієнтом – це мистецтво, для досконалого володіння яким потрібний багаторічний досвід, висока фахова підготовка, а також уміння проникати у психологію пацієнта.

Під час зустрічі з хворим доречний потиск руки, якщо це зручно. Звертатися необхідно до нього на ім'я, якщо хворий не дитина чи підліток – на ім'я по батькові. Для лікаря не тактовно звертатися до незнайомих хворих на прізвище або використовувати пестливе звертання, а також називати жінку похилого віку «бабулею», а матір хворого – «мамою». Перед розмовою необхідно відрекомендуватися. Має значення міміка, інтонація, «розмова очей» (це насамперед важливий міжемоційний канал!), але насамперед – мова. Щирість мови відчувають не лише діти, але й дорослі, зокрема старі. Варто враховувати, що пацієнт похилого віку потребує особливого терпіння, делікатності, бо саме ці якості лікаря стають чи не єдиною розрадою, яка залишилась йому.

Пацієнту треба запропонувати сісти. Але якщо сам лікар прилаштувався на краєчку стільця, водночас розмовляє по телефону, працює з паперами, хворий відчуває, що він «заважає» лікарю [6].

**Початок розмови.** Лікар повинен бути уважним до хворого, повинен запитати, як почуває себе хворий і чи не поспішає він. Необхідно з'ясувати, що спонукало хворого звернутися до нього, які нові скарги (якщо вони є) і на що він хворіє (інколи пацієнт може прийти до лікаря для контрольного огляду і не бажає обговорювати деякі питання, що пов'язані зі здоров'ям і не страждає від будь-яких хвороб). Треба починати з питань загального характеру, які дають повну сво-

боду для відповідей: «Що змусило Вас прийти?» або «Які у Вас труднощі?». Після того як хворий відповів, запитайте знову, можливо, навіть декілька разів «Що ще?». Після отримання відповідей необхідно спрямувати хворого для продовження розмови, попросивши його розповісти про свої скарги або, якщо з'ясується, що скарг багато, запитайте про одну із них: «Розкажіть мені про головний біль» або «Що Вас найбільше турбує?».

**Надання ініціативи хворому.** Багато хворих звертаються за допомогою з приводу досить простої патології. Однак в інших хвороба може мати складні причини: ці хворі можуть тяжко пережити свою недугу, можливе лікування, хто їх буде лікувати. На самому початку опитування лікар ще не знає, з яким хворим має справу. З'ясувати це допоможе методика опитування. Якщо лікар перерве розмову пацієнта своїми запитаннями дуже рано, то ризикує не почути від нього необхідних відомостей. Однак лікар повинен слухати активно, звертаючи увагу на важливі симптоми, емоції, події. До заходів, що дозволяють спрямувати розмову в потрібне русло, належать **заохочення, рефлексія, пояснення, співпереживання, конфронтація (зіставлення), інтерпретація (тлумачення) і запитання**, що допомагають розкрити почуття й переживання.

**Заохочення.** Цей спосіб полягає в тому, що лікар своєю позою, поведінкою або словами спонукає хворого повідомити якомога більше, не конкретизуючи сказане. Саме по собі мовчання, якщо лікар уважно слухає, також може заохотити хворого. Нахилившись трохи вперед, дивлячись на хворого, лікар заохочує пацієнта до розмови за допомогою таких фраз: «Продовжуйте, будь ласка», «Я Вас слухаю» лікар допомагає хворому продовжувати розповідь.

**Рефлексія.** Це спосіб близький до заохочення. Повторюючи слова, які були сказані хворим, лікар спонукає повідомити додаткові факти. Рефлексія може виявитися корисною як для з'ясування фактів, що цікавлять лікаря, так і для переживань хворого:

– *Щоночі я відчуваю сильний біль в шлунку.*

– *У вас сильний біль у шлунку. Він посилюється до їди чи після?*

**Пояснення.** Іноді слова хворого й асоціації, описані ним, мають неконкретний характер. І якщо лікарю важко зрозуміти їхній зміст, він може попросити пояснити, запитавши, наприклад: «Скажіть, а що ви розумієте під застудою?» або «Ви сказали, що зробили так само, як ваша мама. Як це зрозуміти?».

**Співчуття.** У спілкуванні з лікарем хворі можуть висловлювати й без слів почуття, які їх турбують і які вони приховують. Ці почуття можуть відіграти вирішальну роль у розумінні хвороби пацієнта і планування лікування. Якщо лікарю вдається з'ясувати ці почуття, він повинен поставитися до них із розумінням та співчуттям і зробити так, щоб хворий відчув себе спокійнішим і зміг продовжити розмову. Своє співчуття лікар може висловити простою фразою: «Так, я розумію». Його можна висловити також, сказавши: «Ви певне, дуже засмучені» або «Вам, напевне, дуже важко».

**Конфронтація (зіставлення).** У той час як співчуття лікар висловлює співчуттям, конфронтацію він проявляє, коли виникають суперечності у словах або поведінці хворого. Якщо лікар, наприклад, бачить ознаки гніву, тривоги, депресії, то конфронтація може допомогти хворому виразити свої почуття: «Ви говорите, що не хвилюєтесь, однак ваші руки тремтять, коли ви говорите про це, і у вас сльози в очах».

**Інтерпретація (тлумачення).** Це більш активне втручання у розповідь хворого. У цьому разі лікар висловлює скоріше висновок, ніж просто зауваження: «Сьогодні для вас все було не так. Ви багато запитуете про рентгенологічне дослідження. Ви боїтеся його?». Водночас існує загроза неправильного тлумачення слів хворим, що може ускладнювати розмову. Правильне використання цього способу допоможе лікарю висловити як співчуття, так і розуміння.

**Отримання додаткової інформації.** Використати методику опитування можна у невимушеній розмові, під час якої зазвичай вдається отримати загальне уявлення про недугу хворого. Для уточнення хронологічної послідовності подій лікар може ставити запитання на зразок: «Що потім?» або «Що сталося після цього?».

**Прямі запитання.** Для отримання конкретної інформації доцільно ставити прямі запитання. Прямі запитання повинні йти у порядку конкретизації певного симптому, наприклад, логічно буде така послідовність запитання: «Що нагадував вам за груднинний біль? У якому місці ви його відчували?». Потрібно намагатися задавати питання, які не потребують одночасних відповідей «так» або «ні». Наприклад, сформулювати запитання так: «Через скільки хвилин у вас з'являється задишка?» краще ніж запитання: «У вас буває задишка, коли ви підіймаєтесь сходишками?». Інколи буває так, що хворий не може описати свої симптоми без сторонньої допомоги. У такому випадку для більшої об'єктивності

лікар повинен запропонувати хворому декілька можливих відповідей: *«Цей біль тупий, гострий, тиснучий, пекучий, стріляючий або якийсь інший?»* [7, 8].

У більшості випадків прямі запитання є для лікаря основним методом. Однак він повинен бути уважним, не пропускати важливої інформації, яка стосується як соматичної, так і емоційної сфери, бути готовим перейти у разі необхідності до непрямих запитань.

Наприклад, збираючи сімейний анамнез, лікар може розпитати про смерть родичів або хворобу дітей. Це сприятлива можливість з'ясувати, як вплинули ці обставини на хворого (*«Як ви пережили це?»*) або *«Наскільки сильними були ваші переживання?»*).

Лікарі й студенти завжди зазнавали труднощі у розмові з хворими на делікатні, емоційні теми. Більшість може почуватися незручно під час обговорення деяких питань. Однак більшість дорослих хворих досить легко відповідають на такі запитання.

Засудження хворого не входить до повноважень лікаря; лікар повинен (якщо хворий того бажає) зібрати відомості, які дозволять правильно оцінити стан хворого і скласти план лікування. Тактовна поведінка лікаря може спонукати хворого розповісти його про свою пристрасть.

Запитання про вживання алкоголю і наркотиків зазвичай задають після запитань про вживання кави і тютюнових виробів (*«Яку кількість спиртного ви вживаєте?»*) – правильне запитання для початку розмови: воно виключає однозначну відповідь «так» чи «ні»).

Відсутність осудження у поведінці лікаря і прояв співчуття може спонукати хворого до розповіді про свою згубну пристрасть. Іноді доцільно розпитати про вживання наркотиків друзями і членами сім'ї хворого (*«Багато хто із студентів сьогодні вживають наркотики. Чи гаразд з цим у вас в школі? Чи вживають їх Ваші друзі, знайомі?»*).

Додаткові запитання, деталі залежать від віку хворого його загального стану і мети відвідування. Хворому похилого віку з підвищеним ризиком серцевої патології, раку і зниженням слуху, необхідно поставити більше додаткових питань, ніж здоровому на вигляд 20-річному пацієнту.

Коли лікар переходить від однієї теми хвороби до іншої, йому бажано використовувати короткі фрази на зразок: *«Тепер я б хотів запитати вас про ваше здоров'я у минулому»* або *«...про функціонування інших органів»*.

Тенденція повністю контролювати розмову з хворим глибоко закріпилась у поведінці лікарів.

У багатьох випадках вони дивляться на цю розмову так само, як прокурор на допиті свідків або дані експертів. На перший погляд, такий жорсткий контроль підвищує ефективність роботи лікаря, і деколи це дійсно так. Оцінка симптомів починається із встановлення головного симптому, який змушує людину звернутися за медичною допомогою. Цей симптом називається основною скаргою хворого. В ідеалі вона загострює увагу на причинах і мотивах, що спонукають хворого звернутися до лікаря: увага спеціаліста концентрується на проблемі, яка найбільше турбує пацієнта. Основна скарга є стрижнем усього діагностичного процесу.

У такий спосіб функціонує людське око: воно фокусується на тому, що перебуває у полі зору. Все решта сприймається як фон – менш значуща частка простору. Можна перевести погляд з обраного об'єкта на фон і навпаки, але неможливо виокремити те чи інше одночасно.

Некритичне ставлення до такого «фокусування» призводить до того, що лікарі на початку розмови з хворим беруть її під свій контроль. Однак якщо зважити ефект фокусування, то не дивно, що після зосередження на одному із симптомів, лікарі з великими труднощами змінюють перше враження. Таким чином, ефект фокусування стримує хід лікарської думки через неухильність до вербальної інформації.

Майже половина хворих звертається до лікаря з мотивами значно глибшими, ніж основна скарга.

Для того, щоб уявити собі загальну клінічну картину та з'ясувати істинні мотиви звернення хворого до лікаря, треба повністю відмовитися від спроб керувати розмовою з хворим. На думку спеціалістів, некерована лікарем розповідь переважно дає повнішу інформацію, більша частина якої виявляється корисною. Розповідь пацієнта значно ефективніша, ніж опитування. Замість того, щоб говорити: *«Так, добре»* (маючи на увазі: *«Тепер буду ставити питання «Я»*), лікар може полегшити спілкування з хворим, киваючи головою, вставляючи підбадьорюючі слова, які ні до чого не зобов'язують: *«Так-так, розумію»*. Наприкінці розмови лікарю варто ще раз запитати хворого, що той бажає додати до сказаного раніше.

Лікарю треба правильно зрозуміти механізм виявлення у пацієнтів симптомів, а їх тлумачення можливе за умови однакового семантичного трактування слів та понять як лікарем, так і пацієнтом.

Клініцист М. В. Черногурцький говорив: *«Кожний лікар, щоб з успіхом виконувати свої високі й почесні*

обов'язки, повинен якоюсь мірою бути і психологом, і психотерапевтом». Лікування необхідно розуміти як сукупність соматичних і психологічних впливів на людину. Лікування передбачає елементи психотерапії, тому що під час будь-якого захворювання лікар повинен враховувати розмаїття духовного світу хворого, його стан, психіку, моральне обличчя, індивідуальні риси і особистості конкретного пацієнта як індивіда [9].

У системі «лікар-хворий» взаємодія суб'єктивного і об'єктивного досить складна. Значною мірою під час розмови з лікарем хворий отримує віру в своє одужання. У більшості випадків після щирої, приємної розмови у багатьох, навіть тяжких хворих, значно поліпшується загальний стан.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бильченко О. С. Врачебная тактика и медицинская деонтология / О. С. Бильченко. – Харьков, 2005. – 197 с.
2. Бацевич Ф. С. Нариси з комунікативної лінгвістики / Ф. С. Бацевич. – Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2003. – 279 с.
3. Вітенко І. С. Основи психології : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації / І. С. Вітенко, Т. І. Вітенко. – Вінниця, 2001.
4. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія : підручник / Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2009. – 200 с.
5. Основи загальної і медичної психології / за ред. І. С. Вітенка і О. С. Чабана. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – 344 с.

**Висновок.** Як і в звичайному житті, так і в лікувальній діяльності, існує спілкування. І тільки від медпрацівника залежить те, який вид спілкування буде в нього з пацієнтом. Але в будь-якому випадку лікар або медсестра повинні дотримуватися певної тактики стосовно хворого і, головне, медпрацівник, як особистість, повинен знати певні особливості, щоб заслужити довіру пацієнта до себе. Адже без довіри не можливі нормальні взаємини між медпрацівником і хворим. Уміння розмовляти з хворим, відповідно поводитися біля ліжка тяжкохворого рідко буває природженою рисою. Таке вміння необхідно розвивати в собі, виробляти в процесі щоденної роботи.

6. Назар П. С. Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віденський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.
7. Психологія об'єкції медичного персоналу в лікувально-профілактичних установах / А. К. Хетагурова, І. О. Слепушенко, Б. К. Липкий [и др.]. – М. : «Медицинский вестник», 2003. – 96 с.
8. Тофтул М. Г. Сучасний словник з етики / М. Г. Тофтул. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. – 416 с.
9. Швидкий В. О. До проблеми формування самосвідомості / В. О. Швидкий // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К. : Міленіум, 2004. – Т. 7., Вип. 3. – С. 269–277.

Отримано 05.04.16