



В.І. Сливка

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
Чернівці

Особливості взаємовідносин хворого і лікаря в клініці туберкульозу

Зі зростанням науково-технічного і виробничого потенціалу людства, підвищенням здатності впливати на стан довкілля і на кардинальні умови свого існування дедалі важливішим стає моральне спрямування конкретних дій. Все більшого значення набувають цінності, яким людина підпорядковує свою діяльність. Якщо раніше у людській культурі домінували релігійно-конфесійні, пізнавальні, естетичні й утилітарно-практичні цінності тощо, то нині настає час, коли визначальними для людини і людства повинні стати цінності етичні — саме від них залежатиме спрямування суспільного, культурного і суто людського розвитку.

Окрім морально-етичних особистісних якостей, лікар повинен мати належну фахову підготовку та володіти навичками й уміннями, потрібними для професійної діяльності, вміти адекватно оцінювати стан пацієнта та власні професійні можливості й ризики, бути витриманим і впевненим у своїх силах, самостійним у прийнятті рішень та готовим відповідати за них, ініціативним, наполегливим, цілеспрямованим, а також володіти такими комунікативними якостями, як особиста привабливість, ввічливість, повага до оточення, тактовність, уважність, спостережливість, комунікабельність, доступність, довіра до оточення та уміння завойовувати довіру до себе.

Однак, попри значну кількість лікарів, до яких пацієнти уникають звертатися або звертаються лише за крайньої потреби, тобто неможливості вибору, дуже багато лікарів не лише ефективно працюють, а й наближаються до змалюваного образу «ідеального лікаря». На нашу думку, вирішального значення тут набувають психологічна підготовка і психологічна готовність лікарів до професійної діяльності та її наслідків. Загальноприйнята думка про те, що лікарі повинні любити хворих, з наших міркувань, хибна за своєю суттю. Лікарі повинні любити здорових і намагатися допомогти хворим стати здоровими. А щодо хворих лікарі повинні відчувати радше повагу та розуміння. По-перше, кожна емоція шкодить раціональному мисленню, а отже, погіршує результати лікарської інтервенції. По-друге, нам складно заподіяти біль близьким людям, а відтак, любов обмежує можливості як діагностики, так і лікування пацієнта.

В умовах поширення в суспільстві етичного нігілізму та прагматизму відмова від моральних засад лікарської справи створює певні професійні, соціальні та юридичні проблеми. Питання медичної етики й деонтології особливо загострилися наприкінці минулого століття. Це відбувалося на тлі змін соціально-економічних відносин, кризи охорони здоров'я. Цьому сприяли залишковий принцип фінансування, низька зарплатня, утворення ринкових відносин у медицині, що раніше були їй не притаманні. Зростали явища дегуманізації, відчуження лікаря та пацієнта, що було зумовлено втіленням у медицину нових методів інструментального та лабораторного дослідження, зниженням значення контакту «лікар – пацієнт».

Ключові слова

Взаємовідносини, хворий, лікар-фтизіатр, туберкульоз.

Фтизіатрія донедавна залишалася гідним прикладом поєднання трьох найважливіших лікарських принципів: гуманізму, що історично склався, індивідуального підходу до пацієнта і технологічного прогресу. Сучасна

тенденція до переважання високих технологій у більшості медичних спеціальностей добре відома. Вона свідчить про зростання ролі третього принципу і зниження впливу перших двох [5, 8, 10].

Попри це, клінічна школа волає про крайню потребу звернути увагу на неприпустимість роз-

риву між технологічним прогресом і гуманітарним компонентом у фтизіатрії [15].

Один із поетів образно зауважив, що «усі види прогресу стають реакційними, якщо рушиться людина» [7].

Істотні передумови для успіху лікування — це довіра хворого до медицини і авторитету конкретного лікаря. Ідеалом останнього є високий професіонал, який надає хворому не лише кваліфіковану, а й чуйну, зігріту любов'ю і теплом, медичну допомогу. Інакше не минути негативної характеристики з боку пацієнтів: «Лікар-то знає, але бездушний» [2, 20, 22].

І.П. Павлов згадував розповіді учнів С.П. Боткіна про те, що в їхніх руках виявлялися неімовірні ті рецепти, які робили чудеса в руках вчителя. Це підтверджує стару лікарську істину: «Важливо не лише, що призначено, але також як і ким» [19].

Неприпустимий підхід до хворих як до сукупності «випадків хвороби», котру досить просто лікувати стандартними режимами призначення ліків. Адже кожен хворий — це людина зі своїми генетичними особливостями, віком, особливостями алергії й імунітету, метаболізму, психіки і дуже багатьма іншими чинниками [14, 27].

Залишається в повній силі старе положення великого терапевта М.Я. Мудрова про те, що «лікування не полягає ні в лікуванні хвороби, ні в лікуванні причин — лікування полягає в лікуванні хворого». Тому в межах стандартів потрібна індивідуалізація лікарської тактики з поясненням хворому властивостей і механізму дії ліків. Тоді хворий, як писав М.Я. Мудров, «приймає ці ліки із захопленням» [6, 13].

Хворий на туберкульоз опиняється в стані стресу, який може бути причиною психологічної кризи, особливості подолання якої зумовлюють типи реагування пацієнта на захворювання, міру співпраці з медичним персоналом. Наслідки лікування багато в чому залежать від того, як побудовані взаємовідносини в системі лікар — пацієнт, наскільки активний пацієнт у своїх діях, спрямованих на одужання [1, 4, 26].

На думку S. Hanry [41], підвищення довіри до лікарів і позитивні результати лікування спонукають хворих не переривати його. За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно половина хворих з хронічними недугами не виконують рекомендацій лікаря.

Гуманітарну роботу з хворими на туберкульоз медичний персонал проводить в недостатньому об'ємі, наслідком чого є недовіра до свого лікаря у 16% уперше виявлених хворих на цю недугу [18].

Пацієнти, що потерпають від будь-якого захворювання, повинні не лише ознайомитися з ін-

формацією про нього, а й зрозуміти, усвідомити, утримати в пам'яті і застосувати ці знання в житті. Тільки в цьому разі можна досягти дотримання медичних рекомендацій і розуміння користі терапії, що перевищує незручності, пов'язані з нею. Проте, за даними дослідників [24, 34, 38], у хворих на туберкульоз значно менші можливості щодо концентрації уваги, запам'ятовування, навчання і набуття нових навичок, ніж у здорових.

Роботи зарубіжних дослідників, присвячені вивченню прихильності хворого до терапії, зазвичай ґрунтуються на оцінці комплаєнтності, під якою розуміють міру готовності пацієнта виконувати лікарські рекомендації. Це поняття описує поведінку хворого відносно будь-яких лікарських медикаментозних і немедикаментозних рекомендацій. Проте найчастіше під комплаєнтністю розуміють дотримання пацієнтом режиму терапії. Було введено поняття «кооперативність», що враховує не лише виконання пацієнтом лікарських рекомендацій, а і його думку про захворювання [39, 40, 46, 51].

Переваги пацієнтів під час визначення міри своєї участі в ухваленні рішень з питань лікування різні. Дехто надає перевагу активнішій участі в процесі, а хтось хоче повністю покладатися на рішення лікарів [3].

Згідно з результатами досліджень, пацієнти відкидали інформаційну модель взаємовідносин з лікарем, що передбачає повну автономію хворого і мінімальну роль лікаря [12]. З чотирьох запропонованих моделей взаємовідносин 27,9% осіб вибрали інтерпретаційну, коли лікар інформує пацієнта про хворобу і допомагає зробити правильний вибір лікування. На дорадчу модель, де всі питання вирішують на основі довіри, діалогу і взаємної згоди, вказали 28,7% хворих. Патерналістську модель, коли метод лікування вибирає лікар і рекомендує його хворому, обрали 24% опитаних. На думку 41,1% хворих, між лікарем і пацієнтом не повинно бути ніяких таємниць, 32,6% хворих вважали, що лікар повинен приховувати від пацієнтів несприятливий результат захворювання, а 25,3% утруднювалися дати відповідь [1, 19, 55].

Результати цього дослідження свідчать про те, що довіру до лікаря не втрачено. Пацієнти, які відчують сприятливе ставлення до себе з боку лікаря і активно залучаються до ухвалення рішень стосовно їхнього лікування, як правило, більше мотивовані для його продовження. Отже, автори вважають оптимальним підходом застосування дорадчої і контрактної моделей стосунків [45, 53].

Розвиток комунікативних навичок лікаря багато дослідників вважають ключовим момен-

том у встановленні партнерських стосунків у системі лікар — пацієнт. Лікарі повинні мати гнучку позицію і адаптувати стиль власної поведінки до особи пацієнта [35].

Дослідження, проведене серед лікарів загальної практики, свідчить, що, з одного боку, вони більше схильні апелювати до інтелекту хворого з вищою освітою, детально розповідаючи про механізм дії ліків, а з іншого — пропонували емоційнішу підтримку пацієнтам з низьким рівнем освіти [18, 54].

За дорадчої моделі лікар і пацієнт спільно приймають рішення. Науковці помітили, що на вибір моделі взаємовідносин впливав соціально-економічний статус пацієнта: що він нижчий, то більше пацієнтів прихильні до патерналістської моделі. Проте поведінка хворих у процесі терапії динамічна, і його моделі можуть змінюватися на різних етапах лікування [52].

Під час опису динаміки взаємовідносин лікаря і хворого на туберкульоз дослідники вказували на важливість регламентації поведінки пацієнта саме на першому етапі терапії, а для цього в усіх випадках потрібно знати особливості особи хворого [49].

Про все, що стосується протитуберкульозної терапії, хворий повинен дізнаватися від лікаря, а не з інших джерел, тому багато дослідників наголошують на важливості гнучкості в процесі ухвалення рішень з урахуванням індивідуальної різниці в освітньому рівні пацієнтів. Ще більше стиль поведінки лікаря впливає на ставлення до лікування пацієнта. Дослідники вказують на таку складову, як мотиваційна криза, спричинена невдоволенням медичних співробітників своєю працею, становищем у суспільстві й іншими чинниками [10, 17, 32].

У деяких дослідженнях проведено оцінку професійного вигорання (ПВ) у лікарів-фтизіатрів. ПВ є сукупністю емоційних, когнітивних, мотиваційних, поведінкових і соматичних порушень у лікарів-фтизіатрів. Його можна схарактеризувати як процес поступової втрати емоційної, когнітивної і фізичної енергії, що виявляється симптомами емоційної і фізичної втом, особистої усунутості і зниження задоволення від виконаної роботи [17, 25, 28].

Синдром професійного емоційного вигорання (СПЕВ) — це реакція організму, що виникає внаслідок тривалої дії професійних стресів середньої інтенсивності. Доведено, що сучасні навантаження призводять до формування синдрому емоційного вигорання у 16% фтизіатрів, що може несприятливо позначитися на здоров'ї самих лікарів і ефективності роботи. Це вимагає проведення в протитуберкульозних установах комп-

лексу профілактичних індивідуальних і організаційно-адміністративних заходів із поліпшення психоемоційного і фізичного стану здоров'я лікарів-фтизіатрів [23, 29, 31].

Автори зазначають, що однією з причин СПЕВ є спілкування з пацієнтами, неприхильними до лікування, які зловживають алкоголем, наркотиками, а також робота з хронічними невиліковними хворими і такими, котрі помирають. Особливою категорією пацієнтів лікаря-фтизіатра є хворі на туберкульоз із ВІЛ-інфекцією, які вирізняються анозогнозичним і ейфоричним ставленням до хвороби [11, 16, 30].

Особливе ставлення потрібне і до пацієнтів з хронічними невиліковними формами, що супроводжуються, як правило, глибокою соціальною дезадаптацією, низькою мотивацією до диспансерного спостереження і перебування в стаціонарі, яке зазвичай закінчується порушенням лікарняного режиму. Було запропоновано такий термін, як «тяжкий пацієнт», для тих хворих, з якими не вдається встановити нормальних взаємовідносин, що негативно ставляться до лікування, не виконують лікарських рекомендацій [9, 33].

Деякі автори вказують на проблему стигматизації і дискримінації хворих на туберкульоз з боку оточення, що через прагнення пацієнта приховати своє захворювання від оточення може призводити до пізнього звернення по медичну допомогу, пізньої діагностики захворювання і ухилення від лікування. Внаслідок соціальної ізоляції пацієнта, коли він втрачає підтримку сім'ї, друзів і знайомих, посилюється психологічний дискомфорт, що вимагає підвищення ролі лікаря [43, 47].

Науковці довели, що лікарське втручання мало позитивний вплив на зменшення сприйняття хворим на туберкульоз стигми, і це підвищувало кількість пацієнтів, які завершили терапію [44].

Описано позитивний досвід залучення до роботи з формування прихильності до лікування хворих на туберкульоз психолога, психотерапевта, нарколога, соціального працівника. Запропоновано використовувати «мультипрофесійну команду», модель якої успішно застосовують для ведення ВІЛ-інфікованих. У якості переваг такої роботи автор вказує на підвищення прихильності до лікування хворих на туберкульоз, значне зниження навантаження на лікаря-фтизіатра, а також профілактику СПЕВ у медичних працівників [36].

Згідно з Етичним кодексом лікаря України, лікар повинен будувати свої стосунки з пацієнтом на основі взаємної довіри і відповідальності, надаючи перевагу над усіма моделями взаємовід-

носин моделі терапевтичної співпраці. Проте хворий на туберкульоз не лише пацієнт, що потребує медичної допомоги, а й джерело інфекції, небезпечне для оточення. Тому у фтизіатричній спеціальності з'являється особливий аспект взаємовідносин «лікар — пацієнт», який може посилювати частку патерналізму разом із саморуйнівною поведінкою певної частини хворих на туберкульоз із низькою прихильністю до лікування [21]. У процесі лікування хворих на туберкульоз взаємовідносини лікаря і хворого багато в чому ґрунтуються на патерналізмі [5, 7].

Нині у вітчизняній літературі немає дослідження ролі патерналізму у фтизіатричній практиці.

Ще одна сторона лікарської діяльності — робота з близьким оточенням пацієнта, вплив якого на процес лікування мало вивчений. Дослідження, проведене серед загальносоматичних хворих, свідчить, що лікарі надають перевагу в стосунках з родичами пацієнта патерналістській моделі поведінки [25, 32].

У фтизіатрії робота з близьким оточенням має особливе значення, оскільки має на меті не лише зміцнення терапевтичної співпраці в системі «лікар — хворий», а й профілактичну діяльність стосовно профілактики розвитку захворювання туберкульозу у контактних осіб. Проте в доступній літературі практично немає згадки про взаємодію лікаря-фтизіатра і родичів пацієнта. Не вивчено й питання вибору оптимальної моделі професійної поведінки лікаря-фтизіатра, взаємо-

зв'язки з психологічними особливостями пацієнта [6, 37].

На закінчення слід зазначити, що ефективна взаємодія між лікарем і пацієнтом є істотним чинником, котрий впливає на успіх терапії. Позаяк хворий на туберкульоз є не лише пацієнтом, що потребує медичної допомоги, а й джерелом інфекції, небезпечною для оточення, фтизіатрична спеціальність відрізняється від інших кончою потребою в постійному контролі за прихильністю до лікування, активною взаємодією не лише з самим пацієнтом, а й членами його сім'ї [1, 6].

Ця робота ускладнюється тим, що серед пацієнтів протитуберкульозних диспансерів висока частка соціально дезадаптованих осіб з саморуйнівною поведінкою, низькою прихильністю до терапії, що може стати причиною професійного вигорання медичних працівників [6, 42].

Ще одну категорію складають хронічні хворі з невиліковними формами туберкульозу, зокрема ВІЛ-асоційованим, що потребують комплексної паліативної допомоги. В таких умовах потрібен лікарю-фтизіатру розвиток комунікативних навичок, і не лише знання особливостей терапевтичної поведінки хворих на туберкульоз, а й уміння в різних ситуаціях застосовувати ту або ту модель поведінки у взаємовідносинах з пацієнтом. У фтизіатричних стаціонарах треба відновити ту гуманітарну складову, якою завжди вирізнялася протитуберкульозна робота в Україні. Цей напрям — один зі шляхів до поліпшення наслідків лікування хворих [5, 9, 21, 50].

Конфлікту інтересів немає.

Список літератури

- Ахтирський О.І., Скороходова Н.О. Формування у хворих на туберкульоз прихильності до лікування // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2016.— № 2.— С. 16—21.
- Баранова Г.В., Золотова Н.В., Стрельцов В.В. и др. Динамика психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического сопровождения противотуберкулезной химиотерапии // Туберкулез и болезни легких.— 2016.— № 94 (3).— С. 44—51.
- Білан М.О., Носикова Т.В., Шперно О.Г. та ін. Сімейний лікар — первинна ланка у виявленні туберкульозу // Сімейна медицина.— 2016.— № 1.— С. 143—146.
- Валецький Ю.М. Психологічні особливості та психоневротичні розлади у хворих на туберкульоз легень // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень.— 2015.— № 3 (2).— С. 366—372.
- Воліна Л.М. Роль психотерапії в процесі лікування хворих на туберкульоз легень // Зупинимо туберкульоз в Україні.— 2012.— № 12.— С. 21. <http://www.helpme.com.ua/ua/tb/article/id.121/cid.5/default.html>.
- Губенко І.Я., Карнацька О.С., Шевченко О.Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник.— К.: Медицина, 2013.— 296 с.
- Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спиритизм: основи психології спілкування для медичних працівників.— Ніжин: Видавель ПП Лисенко М.М, 2017.— 208 с.
- Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Баранова Г.В. и др. Модель психологической реабилитации больных туберкулезом легких в условиях стационара // Туберкулез и болезни легких.— 2018.— № 96 (4).— С. 7—10. doi: 10.21292/2075-1230-2018-96-4-12-19.
- Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник.— Харків, 2014.— 258 с.
- Лимар Л.В. Модель конструктивної взаємодії в системі відносин «Лікар—пацієнт» // Вісник післядипломної освіти.— 2010.— № 1.— С. 225—231.
- Мельник Л.А., Нечосіна О.В., Пилипас Ю.В., Долинська М.Г. Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності лікаря // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2017.— № 2.— С. 97—105.
- Новожилова І.О. Стигматизація хворих на туберкульоз // Укр. пульмонолог. журн.— 2018.— № 3.— С. 59—68.
- Пальмова Л.Ю., Гурылева М.Э. Особенности взаимоотношений медицинский работник—пациент в пульмонологической практике // Туберкулез и болезни легких.— 2015.— № 3.— С. 42—47. doi: 10.21292/2075-1230-2015-0-3-61-65.

14. Пасечник И.П. Профессиональный имидж врача: необходимость вынужденная или осознанная? // *Новости медицины и фармации* [Интернет].— 2013.— N 10. <http://www.mif-ua.com/archive/article/36355>.
15. П'ятночка І.Т., Корнага С.І., П'ятночка В.І. Психопрофілактика у практиці лікаря-фізіатра // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*.— 2013.— № 2.— С. 16–18.
16. П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Тхорик Н.В. Про прихильність до лікування хворих на туберкульоз // *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*.— 2015.— № 1.— С. 108–112.
17. Степанов Ю.М., Кононов І.М., Латфуліна А.В., Шендрик Л.М. Взаємовідносини лікаря та пацієнта — основа ефективного лікування // *Медична освіта*.— 2011.— № 1.— С. 80–81. doi: <https://doi.org/10.11603/me.v0i1.818>.
18. Стрельцов В.В., Золотова Н.В., Баранова Г.В. и др. Особенности оказания психологической помощи больным туберкулезом легких в фазе интенсивной химиотерапии (в условиях стационара) // *Туберкулез и болезни легких*.— 2014.— № 2.— С. 22–27.
19. Стрельцов В.В., Золотова Н.В., Баранова Г.В., Ахтямова А.А. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии // *Консультативная психология и психотерапия*.— 2015.— № 2.— С. 57–77.
20. Судакова О.С., Могілевич У.О. Вплив психологічної гендерної ролі на взаємовідносини «лікар-пацієнт» // *Медична психологія*.— 2013.— № 8 (2).— С. 28–31.
21. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз. Наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620 [Интернет]. К.: МОЗ України, 2014 [цитовано Лют 10]. http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_620_TB/2014_620_YKPM_D_TB.pdf.
22. Юдин С.А. Компетентность медицинских и социальных факторов при реабилитации во фтизиатрии [диссертация].— Волгоград, 2015.— 427 с.
23. Юдин С.А., Барканов О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Компетентность оказания медицинской, социальной и психологической помощи во фтизиатрии (в оценках врачей и пациентов) // *Туберкулез и болезни легких*.— 2017.— № 95 (4).— С. 7–10. doi: <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2017-95-4-7-10>.
24. Юдин С.А., Барканов О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Оценка информированности врачей о социальных проблемах пациентов // *Туберкулез и болезни легких*.— 2015.— № 12.— С. 23–25.
25. Ясинов Д.А., Половинко І.О., Смагіна Л.Т. Ефективність психологічного супроводу прихильності до лікування туберкульозу на стаціонарному етапі // *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*.— 2014.— № 1.— С. 55–59.
26. Andersen B.L., DeRubeis R.J., Berman B.S. et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation // *J. Clin. Oncol.*— 2014.— Vol. 32 (15).— P. 1605–1619. doi: [10.1200/JCO.2013.52.4611](https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4611).
27. Ambaw F., Mayston R., Hanlon C., Alem A. Burden and presentation of depression among newly diagnosed individuals with TB in primary care settings in Ethiopia // *BMC Psychiatry*.— 2017.— Vol. 17 (1).— P. 57. doi: [10.1186/s12888-017-1231-4](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1231-4).
28. Banerjee A., Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement // *J. Family Community Med.*— 2012.— Vol. 19 (1).— P. 12–19. doi: [10.4103/2230-8229.94006](https://doi.org/10.4103/2230-8229.94006).
29. Barker I., Steventon A., Williamson R., Deeny S.R. Self-management capability in patients with long-term conditions is associated with reduced healthcare utilisation across a whole health economy: cross-sectional analysis of electronic health records // *BMJ Qual. Saf.*— 2018.— Vol. 27 (12).— P. 989–999. doi: [10.1136/bmjqs-2017-007635](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007635).
30. Biller-Andorno N., Lee T.H. Ethical physician incentives — from carrots and sticks to shared purpose // *New Engl. J. Med.*— 2013.— Vol. 368 (11).— P. 980–982. doi: [10.1056/NEJMp1300373](https://doi.org/10.1056/NEJMp1300373).
31. Chung H., Lee H., Chang D.S. et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship // *Patient Educ. Couns.*— 2012.— Vol. 89 (3).— P. 387–391. doi: [10.1016/j.pec.2012.02.017](https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.017).
32. Daix A.T., Bakayoko-Yéou A.S., Koné Z. et al. Ivory Coast physician's knowledge and attitudes about smoking in patients with tuberculosis // *Rev. Mal. Respir.*— 2015.— Vol. 32 (5).— P. 513–518. doi: [10.1016/j.rmr.2014.04.105](https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.04.105).
33. de Oliveira J.A.C., Anderson M.I.P., Lucchetti G. et al. Approaching Spirituality Using the Patient-Centered Clinical Method // *J. Relig. Health.*— 2019.— Vol. 58 (1).— P. 109–118. doi: [10.1007/s10943-017-0534-6](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0534-6).
34. Dodor E.A. The feelings and experiences of patients with tuberculosis in the Sekondi-Takoradi Metropolitan district: implications for TB control efforts // *Ghana Med. J.*— 2012.— Vol. 46 (4).— P. 211–218.
35. Elwyn G., Frosch D., Thomson R. et al. Shared decision making: a model for clinical practice // *J. Gen. Intern. Med.*— 2012.— Vol. 27 (10).— P. 1361–1367. doi: [10.1007/s11606-012-2077-6](https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6).
36. Ferrer R.L., Burge S.K., Palmer R.F., Cruz I. Practical Opportunities for Healthy Diet and Physical Activity: Relationship to Intentions, Behaviors, and Body Mass Index // *Ann. Fam. Med.*— 2016.— Vol. 14 (2).— P. 109–116. doi: [10.1370/afm.1886](https://doi.org/10.1370/afm.1886).
37. Frieden T.R. Evidence for Health Decision Making — Beyond Randomized, Controlled Trials // *N. Engl. J. Med.*— 2017.— Vol. 377.— P. 465–475. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr1614394>.
38. Gómez G., Aillach E. Ways to improve the patient-physician relationship // *Curr. Opin. Psychiatry.*— 2013.— Vol. 26 (5).— P. 453–457. doi: [10.1097/YC.O.0b013e328363be50](https://doi.org/10.1097/YC.O.0b013e328363be50).
39. Greene J., Hibbard J.H., Alvarez C., Overton V. Supporting Patient Behavior Change: Approaches Used by Primary Care Clinicians Whose Patients Have an Increase in Activation Levels // *Ann. Fam. Med.*— 2016.— Vol. 14 (2).— P. 148–154. doi: [10.1370/afm.1904](https://doi.org/10.1370/afm.1904).
40. Gutierrez N., Kindratt T.B., Pagels P. et al. Health literacy, health information seeking behaviors and internet use among patients attending a private and public clinic in the same geographic area // *J. Community Health.*— 2014.— Vol. 39 (1).— P. 83–89. doi: [10.1007/s10900-013-9742-5](https://doi.org/10.1007/s10900-013-9742-5).
41. Henry S.G., Holt Z.B. Frustrated Patients and Fearful Physicians // *J. Gen. Intern. Med.*— 2017.— Vol. 32 (2).— P. 148–149. doi: [10.1007/s11606-016-3868-y](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3868-y).
42. Jackson G.L., Powers B.J., Chatterjee R. et al. The patient centered medical home. A systematic review // *Ann. Intern. Med.*— 2013.— Vol. 158 (3).— P. 169–178. doi: [10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00579](https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00579).
43. Kaplan J.E., Keeley R.D., Engel M. et al. Aspects of patient and clinician language predict adherence to antidepressant medication // *J. Am. Board. Fam. Med.*— 2013.— Vol. 26 (4).— P. 409–420. doi: [10.3122/jabfm.2013.04.120201](https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.04.120201).
44. Loken E., Gelman A. Measurement error and the replication crisis // *Science.*— 2017.— Vol. 355 (6325).— P. 584–545. doi: [10.1126/science.aal3618](https://doi.org/10.1126/science.aal3618).
45. Mallia P. The Nature of the Doctor-Patient Relationship: Health Care Principles through the phenomenology of relationships with patients.— Springer Science & Business Media, 2012.— 86 p.
46. Pawlikowska T., Zhang W., Griffiths F. et al. Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations — how this relates to patient enablement // *Patient Educ. Couns.*— 2012.— Vol. 86 (1).— P. 70–76. doi: [10.1016/j.pec.2011.04.019](https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.019).
47. Sacristán J.A. Clinical research and medical care: towards effective and complete integration // *BMC Med. Res. Methodol.*— 2015.— Vol. 15.— P. 4. doi: [10.1186/1471-2288-15-4](https://doi.org/10.1186/1471-2288-15-4).
48. Safa M., Boroujerdi F.G., Talischi F., Masjedi M.R. Relationship of Coping Styles with Suicidal Behavior in Hospitalized Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: Substance Abusers versus Non-Substance Abusers // *Tanaffos.*— 2014.— Vol. 13 (3).— P. 23–30.
49. Schaad B., Bourquin C., Panese F., Stiefel F. How physicians make sense of their experience of being involved in hospital users' complaints and the associated mediation // *BMC Health Serv. Res.*— 2019.— Vol. 19 (1).— P. 73. doi: [10.1186/s12913-019-3905-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-3905-8).

50. Schneider A., Wartner E., Schumann I. et al. The impact of psychosomatic co-morbidity on discordance with respect to reasons for encounter in general practice // J. Psychosom. Res.— 2013.— Vol. 74 (1).— P. 82–85. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.007.
51. Sims T., Tsai J.L. Patients respond more positively to physicians who focus on their ideal affect // Emotion.— 2015.— Vol. 15 (3).— P. 303–318. doi: 10.1037/emo0000026.
52. Ssegooba W., Kirenga B., Muwonge C. et al. Patients at isfaction with TB care clinical consultations in Kampala: a cross sectional study// Afr. Health Sci.— 2016.— Vol. 16 (4).— P. 1101–1108. doi: 10.4314/ahs.v16i4.28.
53. Stange K.C. In This Issue: Confronting Constraints on Individual Behavior & Outcomes // Ann. Fam. Med.— 2016.— Vol. 14 (2).— P. 98–99.
54. Tzelepis F., Sanson-Fisher R.W., Zucca A.C., Fradgley E.A. Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment // Patient Prefer. Adherence.— 2015.— Vol. 9.— P. 831–835. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484696>. doi: 10.2147/PPA.S81975.
55. Verghese A., Charlton B., Kassirer J.P. et al. Inadequacies of Physical Examination as a Cause of Medical Errors and Adverse Events: A Collection of Vignettes // Am. J. Med.— 2015.— Vol. 128 (12).— P. 1322–1324. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.004.

В.И. Сливка

ГГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы

Особенности взаимоотношений больного и врача в клинике туберкулеза

С ростом научно-технического и производственного потенциала человечества, повышением способности влиять на состояние окружающего бытия и на кардинальные условия своего существования более важной становится моральная направленность конкретных действий. Все большее значение приобретают ценности, которым человек подчиняет свою деятельность. Если ранее в человеческой культуре доминировали религиозно-конфессиональные, познавательные, эстетические и утилитарно-практические ценности и тому подобное, то теперь наступает время, когда определяющими для человека и человечества должны стать ценности этические — именно от них будет зависеть направленность общественного, культурного и сугубо человеческого развития.

Кроме морально-этических личностных качеств, врач должен иметь надлежащую профессиональную подготовку и владеть навыками и умениями, необходимыми в профессиональной деятельности, уметь адекватно оценивать состояние пациента и собственные профессиональные возможности и риски, быть выдержанным и уверенным в своих силах, самостоятельным в принятии решений и готовым отвечать за них, инициативным, настойчивым, целеустремленным, а также владеть такими коммуникативными качествами, как личная привлекательность, вежливость, уважение к окружающим, тактичность, внимательность, наблюдательность, коммуникабельность, доступность, доверие к окружению и умение завоевывать доверие к себе.

Однако, невзирая на значительное количество врачей, к которым пациенты избегают обращаться или обращаются лишь в случае крайней необходимости, то есть невозможности выбора, очень многие врачи не только эффективно работают, но и приближаются к обрисованному образу «идеального врача». По нашему мнению, решающее значение здесь имеет психологическая подготовка и психологическая готовность врачей к профессиональной деятельности и ее последствиям. Общепринятое мнение о том, что врачи должны любить больных, с нашей точки зрения, ошибочно по своей сути. Врачи должны любить здоровых и пытаться помочь больным стать здоровыми. А относительно больных врачи должны чувствовать скорее уважение и понимание. Во-первых, каждая эмоция вредит рациональному мышлению, а следовательно, ухудшает результаты врачебной интервенции. Во-вторых, нам сложно причинить боль близким людям, а следовательно, любовь ограничивает возможности как диагностики, так и лечения пациента.

В условиях распространения в обществе этического нигилизма и прагматизма отказ от моральных принципов врачебного дела создает определенные профессиональные, социальные и юридические проблемы. Вопросы медицинской этики и деонтологии особенно заострились в конце прошлого века. Это происходило на фоне изменений социально-экономических отношений, кризиса здравоохранения. Этому способствовали остаточный принцип финансирования, низкая зарплата, создание рыночных отношений в медицине, которых раньше не было. Росли явления дегуманизации, отчуждения врача и пациента, что было предопределено воплощением в медицину новых действующих методов инструментального и лабораторного исследования, снижением значения контакта «врач — пациент».

Ключевые слова: взаимоотношения, больной, врач-фтизиатр, туберкулез.

V.I. Slyvka

HSEI of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Features of relationships of patients and the doctor in the clinic of tuberculosis

With the scientific, technological and industrial potential of humanity on the rise, as well as advancement in the ability to improve the environment and significantly change its conditions of existence, the moral question of our exact actions becomes more acute. As time goes, more meaning is given to the concepts and values of humanity. Formerly, if the dominating principles in culture were based off of religious, esthetic and utilitarian-practical values, as well as curiosity, then today, the main principles for the well being of humanity should be dictated by ethics, as they will be crucial for the development of both culture and society.

Other than moral and ethical individual qualities, a doctor must have the required professional training, have the skills and knowledge needed in practice, know how to adequately evaluate the patient as well as their own practical abilities and risks, be able to endure and have confidence in their own capabilities, as well as have communicative aspects – such as personal appeal, kindness, respect for surrounding people, tactfulness, being observant, available, and trustful, as well as being able to obtain trust easily.

However, despite the considerable amount of doctors who patients avoid, or only visit in dire need, a large amount of practitioners not only effectively do their job, but also come close to the depiction of the «perfect doctor». Our opinion is that psychological preparation as well the doctors readiness is of utmost importance. Physicians should have affection to both the ill and the healthy. Concerning the ill, doctors must feel more respect and be more understanding. First of all, any emotion might harm rational thinking, thus worsen potential results of intervention. Second, we inherently don't want to harm our loved ones, this way close relationships might inhibit both diagnostics and treatment.

In current conditions with the popularity of nihilistic and pragmatic ideas in society, the refusal of moral constructs creates certain professional, social and juristic problems. The issue of medical ethics and deontology has become more acute in the end of the previous century. This happened on the back of changes in the sphere of social economics and medicine, fueled by low pay rates, improper financing and the creation of a market in the field, something that isn't characteristic of medicine. Growing are occurrences of dehumanization, as well as the distance between doctor and patient expanding, which is caused by new laboratory research methods and instrumental diagnostics.

Key words: relationship, patient, TB doctor, tuberculosis.

Контактна інформація:

Сливка Віктор Іванович, к мед н., доц. кафедри фтизіатрії та пульмонології
58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2
E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 22 лютого 2019 р.