

Лимар Л.В.

*Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця*

МОДЕЛЬ КОНСТРУКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В СИСТЕМІ ВІДНОСИН «ЛІКАР – ПАЦІЄНТ»

У статті визначено основні моделі міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта під час процесу лікування, проаналізовано особливості цих моделей та виділено оптимально продуктивну модель взаємодії. Авторами описані основні компоненти структури колегіальної системи взаємодії як такої, яка є найперспективнішою, а також вказано основні сфери психології лікаря, які сприяють підтриманню колегіальної моделі взаємодії з пацієнтом.

Ключові слова: міжособистісна взаємодія, конфлікт, колегіальна модель міжособистісної взаємодії лікаря з пацієнтом.

Постановка проблеми

З урахуванням останніх тенденцій України до євроінтеграції актуальним є підвищення рівня психологічної підготовленості медичного персоналу до нових, конструктивних зразків поведінки, що, зокрема, забезпечують попередження конфліктів у взаємодії з пацієнтами.

Конфлікт між лікарем і пацієнтом, якому автори надали визначення «прояв протиріччя чи неузгодженості між лікарем і пацієнтом під час лікувального процесу, який становить перешкоду для досягнення оптимальних результатів спільної діяльності — лікування пацієнта», є абсолютно природним явищем, який вказує на те, що відбувається звичайний процес взаємодії лікаря і пацієнта. І коли ми говоримо про європейські стандарти поведінки лікаря при взаємодії з пацієнтом, ми маємо на увазі не відсутність конфліктів взагалі як необхідну вимогу до діяльності лікаря, а продуктивне вирішення конфліктів при їх виникненні, тобто досягнення спільної мети — позитивного процесу лікування пацієнта за будь-яких умов розвитку міжособистісної взаємодії.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження стало вивчення основних моделей міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта під час процесу лікування та визначення оптимальної моделі їхньої конструктивної взаємодії.

Виклад основного матеріалу

Поняття міжособистісної взаємодії широко висвітлювалось різними авторами, проаналізуємо його. За визначенням Л.Орбан-Лембрик, взаємодія —

взаємозалежний обмін діями, організація людьми взаємних дій, спрямованих на реалізацію спільної діяльності [5, 89].

Американські соціальні психологи Дж.Тібо і Г.Келлі обґрунтували модель діадичної взаємодії (взаємодія в діаді), сутність якої зводиться до таких положень: будь-які міжособистісні взаємини є взаємодією, реальним обміном поведінковими реакціями в межах певної ситуації; взаємодія з більшою вірогідністю продовжуватиметься і позитивно оцінюватиметься учасниками, якщо вони матимуть вигоди з неї; для з'ясування наявності чи відсутності вигоди кожен учасник оцінює взаємодію з точки зору знаку і величини результату, який є сумою винагород і втрат внаслідок обміну діями [3, 46].

За твердженнями Г.Андреєвої, взаємодія як організація спільної *діяльності* людей сприяє розкриттю смислу їхніх конкретних дій [1, 6].

Розрізняють дві групи міжособистісної взаємодії: міжособистісна взаємодія, яка сприяє спільній діяльності, конструктивна, а також міжособистісна взаємодія, яка перешкоджає спільній діяльності, зокрема, деструктивна, якою може бути й конфліктна взаємодія.

Щодо міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта, на наш погляд, це можна розуміти як їхню спільну діяльність під час процесу лікування (який включає звертання пацієнта зі скаргами, процес з'ясування діагнозу, призначення та проведення медичним персоналом лікувальних процедур, оцінювання та корекцію результатів лікування пацієнта лікарем і процес повторного призначення лікування або виписки пацієнта) з метою досягнення оптимальних результатів лікування в найшвидші терміни з максимальною результативністю, найкращим показником чого має стати констатація здоров'я пацієнта.

Відомий американський психолог у галузі психології професійної діяльності Р.Віч (США) виділяє такі моделі взаємодії лікаря та пацієнта [7]:

1. Модель технічного типу. Пацієнт є несправним механізмом, який потребує вдосконалення. У даній моделі взаємовідносин кожна сторона виконує свої функції, які визначені певним кодексом (клятвою Гіппократа тощо). Лікар поводить як вчений-прикладник, який має діяти неупереджено, не враховуючи індивідуальних особливостей кожної ситуації.

2. Модель сакрального типу, коли авторитет лікаря впливає на пацієнта, навіть пригнічує його; за Р.Нільсоном, кабінет лікаря несе для пацієнта деяку ауру святості, а пацієнт сприймає лікаря як Бога.

У класичній літературі з медичної психології для аналогії таких взаємовідносин «лікар – пацієнт» нерідко вживаються образи батька та дитини. Хоча група медиків і може затвердити цей принцип як принцип професійної моралі, в суспільстві існує значно більше моральних норм. Якщо група медиків приймає одну норму (можливість спровокованого аборту при загрозі появи розумово відсталої дитини), а суспільство при цих же обставинах — іншу, то лікар мусить

вирішити, доєднатися йому чи до норм професійної групи, чи до норм суспільних прошарків.

3. Модель колегіального типу характеризується співпрацею лікаря та пацієнта як двох повноцінних партнерів. Дана модель вважається найперспективнішою і відповідає європейським критеріям, тому ми проаналізуємо її нижче.

4. Модель контрактного типу побудована на угоді між двома сторонами, в якій оговорюється, які функції, права та обов'язки несе кожна із сторін. Пацієнт є проінформованим про всі етапи свого лікування.

При переході пацієнт-орієнтованої системи відносин в охороні здоров'я (С.Єфименко) постає необхідність активізувати позитивну функцію конфлікту на основі колегіальної моделі відносин лікаря-пацієнта. Інші моделі (контрактна, технічна та сакральна) мають ризик негативного розвитку конфлікту [2].

Зупинимось на колегіальній взаємодії лікаря та пацієнта. Власне сама назва говорить за себе: пацієнт та лікар є «колегами», але це не означає, що пацієнт наділяється повноваженнями медичного персоналу, проте обумовлює рівність лікаря та пацієнта в правах, взаємну повагу лікаря та пацієнта один до одного, а також співпрацю двох сторін.

Структурні компоненти колегіальної взаємодії наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Модель колегіальної взаємодії лікаря та пацієнта

Складові взаємодії	Лікар	Предмет взаємодії	Пацієнт
1	2	3	4
Мотивація взаємодії	Усвідомлення лікарем відповідності його діяльності інтересам пацієнта. Мотивація лікаря на позитивну взаємодію заради вилікування пацієнта	Діагностування та лікування здоров'я пацієнта. Мотиваційна орієнтація: здоров'я пацієнта	Усвідомлення пацієнтом власних інтересів згідно з інформацією лікаря. Мотивація пацієнта на позитивну взаємодію заради власного одужання
Комунікація сторін	Інформування пацієнта про його стан і необхідні процедури, тощо. Обрання стилю спілкування, відповідного віку та типу інтелекту пацієнта	Комунікативна орієнтація: вербальне та невербальне спілкування	Довіра до лікаря при спілкуванні
Когнітивний компонент	Усвідомлення лікарем стану здоров'я пацієнта, зокрема психологічного стану та можливих мотивів поведінки	Когнітивна орієнтація: усвідомлення ситуації взаємодії	Об'єктивна оцінка стану здоров'я, необхідності проведення процедур, тощо

Продовження таблиці 1

1	2	3	4
Ситуація взаємодії	Адекватна оцінка ситуації, адекватна самооцінка лікаря. Розуміння мотивів пацієнта. За необхідності — переоцінка ситуації з метою її корекції. Активний пошук засобів позитивного вирішення протиріч (чи конфліктної ситуації)	Діяльнісна орієнтація: ситуація взаємодії: спільна мета, здійснення та протиріччя, які можуть виникати	Адекватна оцінка ситуації, адекватна самооцінка пацієнта. Розуміння мотивів лікаря
Емоції сторін	Мінімізація лікарем власних негативних емоцій. Конфліктостійкість лікаря	Емоційна сфера взаємодії	Мінімізація пацієнтом власних негативних емоцій
Результат взаємодії	Творче позитивне розв'язання лікарем завдань та ситуацій	Індивідуальні дії сторін. Співробітництво. Безконфліктна взаємодія. Позитивне вирішення конфліктних ситуацій	Сприяння пацієнта у розв'язанні конфліктних ситуацій

Взаємодія лікаря та пацієнта спрямована на досягнення єдиної мети — діагностування захворювання, лікування пацієнта та його одужання. Для лікаря найвищою цінністю є стан фізичного й емоційного здоров'я пацієнта, а не «цікавий» з медичної точки зору випадок. Лікар мусить дотримуватися принципів субординації у взаєминах з пацієнтом, неспричинення шкоди психічному здоров'ю пацієнта [6]. Спеціаліст повинен мати мотивацію міжособистісної взаємодії з пацієнтом, спрямовану на конструктивну взаємодію з метою одужання пацієнта, а також низку особистісних ціннісних орієнтацій: альтруїзм, низький рівень егоїстичності, доброзичливість, порядність, щирість, чесність, принциповість, толерантність.

І лікар, і пацієнт контролюють свій емоційний стан, проте лікар усвідомлює, що захворювання може специфічно відбитися на емоційному стані пацієнта, і враховує ці особливості. Навіть якщо пацієнт намагається провокувати конфлікт через емоційну нестабільність, лікар має ухилитися від нього. Якості, які характеризують цей компонент, це емпатія, афіліація, емоційна стійкість (стабільність), емоційна чутливість тощо.

При врахуванні індивідуальних особливостей мислення, пам'яті, уваги пацієнта та здатності лікаря спілкуватися з пацієнтом з урахуванням вищевказаних якостей (детально пояснювати інформацію людям похилого віку)

можливо запобігти виникненню конфліктів. Лікар має володіти сукупністю знань, вмінь і навичок про основи психології спілкування, конфліктології як науки, теоретичні та практичні способи продуктивного розв'язання конфліктів, які можуть виникати при міжособистісному спілкуванні.

Лікар повинен чітко усвідомлювати всі процеси, які відбуваються під час взаємодії з пацієнтом упродовж лікування, так само, як і відслідковувати свої власні стани (перенос-контрперенос), здійснювати самоконтроль. Характеристиками, необхідними для якісного функціонування регулятивного компонента, є уміння самоконтролю в емоційній сфері, у спілкуванні, саморегуляція, впевненість у собі, рішучість.

Під час взаємодії відбувається взаємний обмін інформацією, лікар пояснює пацієнту інформацію про стан його здоров'я, а пацієнт довірливо розповідає лікарю про свої негаразди. Лікар обирає прийнятний для пацієнта стиль спілкування, дотримуючись професійної етики. Отже, лікар має володіти сукупністю теоретичних знань з психології спілкування й конфліктології та володіти практичними вміннями та навичками продуктивної взаємодії із переважанням стратегії співпраці й пристосування. Якості, які утворюють даний компонент, є вміння долати міжособистісні комунікативні бар'єри, комунікативна компетентність, гнучкість спілкування, адекватний психологічний захист, ввічливість тощо.

Висновки

Виходячи із запропонованої моделі, ми можемо зробити такі висновки.

1. Взаємодію між лікарем і пацієнтом під час процесу лікування можливо визначити як міжособистісну взаємодію двох сторін (лікаря та пацієнта), спрямовану на досягнення спільної мети — одужання пацієнта внаслідок процесу його лікування.

2. Сучасними авторами були виділені основні моделі взаємодії лікаря та пацієнта: технічна, сакральна, колегіальна та контрактна, серед яких об'єктивно продуктивною такою, яка найбільш відповідає європейським вимогам, є колегіальна модель.

3. Колегіальна модель характеризується взаємною довірою і повагою сторін взаємодії — лікаря та пацієнта і спрямована на досягнення спільного результату через співпрацю. Для здійснення колегіальної моделі необхідні такі показники: довіра пацієнта до лікаря та уважний, дбайливий підхід лікаря, що є комунікативним компонентом спілкування; об'єктивне усвідомлення лікарем психологічних особливостей пацієнта взагалі й у зв'язку із захворюванням, що є когнітивним компонентом взаємодії; власне ситуація взаємодії може охоплювати багато етапів, упродовж яких між сторонами взаємодії можуть виникати

протиріччя та конфлікти, при цьому важливо сприяти мінімізації власних негативних емоцій як лікарем, так і пацієнтом.

Щодо внеску лікаря у продуктивне вирішення конфліктних ситуацій варто підкреслити важливість розвитку регулятивної сфери, таких якостей лікаря, як самоконтролю, самооцінки тощо.

4. За умов присутності всіх вищенаведених характеристик ми можемо розглядати взаємодію лікаря та пацієнта як колегіальну, упродовж якої можливі конфліктні ситуації, які проте завжди вирішуються продуктивно, з обранням стратегій співробітництва, або ж може бути безконфліктна взаємодія сторін.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Г.М. Социальная психология / Г.М.Андреева. — М.: Аспект Пресс, 1999. — 375 с.

2. Ефименко С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья / С.А.Ефименко // Социологические исследования. — 2007. — № 9. — С. 110–114.

3. Келли Дж. Психология личности. Теория личных конструктов / Дж.Келли; пер. с англ. — СПб.: Речь, 2000. — 254 с.

4. Конечный Р. Психология в медицине / Р.Конечный, М.Боухал. — М.: Авиценум, 1974. — 408 с.

5. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: посіб. / Л.Е.Орбан-Лембрик. — К.: Академвидав, 2003. — 448 с.

6. Вагнер Е.А. О самовоспитании врача. — 3-е изд., испр. и доп. / Е.А.Вагнер, А.А.Росновский. — Пермь: Кн. изд-во, 1976. — 157 с.

7. Veatch R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age / R.M.Veatch // The Hastings Center Report. — 1972. — Vol. 2. — N. 3, June. — P. 5–7.

В статье определены основные модели межличностного взаимодействия врача и пациента в процессе лечения, проанализированы особенности указанных моделей и названа оптимально продуктивная модель взаимодействия. Авторами описаны основные компоненты структуры коллегиальной модели взаимодействия как такой, которая является наиболее перспективной, а также определены основные сферы психологии врача, которые способствуют поддержанию и развитию коллегиальной модели взаимодействия с пациентом.

Ключевые слова: межличностное взаимодействие, конфликт, коллегиальная модель межличностного взаимодействия с пациентом.

The article contains definitions of the main models of the intrapersonal interaction of doctor and patient during the process of treatment of the patient. The author describes basic components of structure of the colleague model as that one which is the most progressive. The article defines main spheres of psychology of the doctor which provide for the development and maintenance of a colleague model of interaction with a patient.

Key words: *intrapersonal interaction, conflict, colleague model of intrapersonal interaction with a patient.*