

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

БЕЗКОРОВАЙНА Галина Олександрівна

**Міжособистісна взаємодія лікаря та пацієнта в
закладі охорони здоров'я. / Interpersonal
interaction between a doctor and a patient in a
health care institution**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-22
Г. О. Безкоровайна (Хара)

Науковий керівник:
д.е.н., професор, Г. Л.
Монастирський

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"__" _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2023

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1 Теоретико-методичні засади комунікаційної взаємодії б лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

1.1 Суть комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта в системі охорони громадського здоров'я

1.2 Методичні засади ефективної взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

Висновки до розділу 1

РОЗДІЛ 2 Аналіз прикладних засад взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

2.1 Дослідження функціонального забезпечення діяльності Медичного центру «Центр здорової шкіри»

2.2 Аналіз специфіки взаємодії лікаря та пацієнта у медичному закладі

2.3 Оцінка розвитку професійних компетентностей менеджера закладу охорони здоров'я як передумови ефективної взаємодії лікаря та пацієнта

Висновки до розділу 2

РОЗДІЛ 3. Модель комунікацій медичного закладу та пацієнтів в рамках удосконалення системи громадського здоров'я

3.1 Удосконалення технологічних засад комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта в системі громадського здоров'я

3.2 Імплементация психологічних інструментів у взаємодію лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

Висновки до розділу 3

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність теми. В Україні формується нова система охорони громадського здоров'я. У цьому напрямку Всесвітня організація охорони здоров'я визначила комунікації як одну із основних оперативних функцій громадського здоров'я задля підвищення медичної грамотності та покращення здоров'я окремих громадян та населення загалом. Комунікації та взаємодії у сфері охорони здоров'я є специфічною парадигмою інформування, формування системи мотивації як окремих індивідів, так і цілих організацій щодо низки важливих питань у сфері здоров'я. Механізм взаємодій у медичній сфері розширює можливості для розуміння, отримання і використання інформації задля орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, зниження ризику виникнення і профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, використання інструментів політики у сфері охорони здоров'я задля покращення здоров'я громадян у суспільстві.

Закордонні автори вказують на значення ефективних комунікацій пацієнтів й лікарів щодо боротьби з детермінантами ризику. Ефективні комунікації відіграють пріоритетну роль у процесі адвокації рішень у площині трансформації системи охорони здоров'я на різних щаблях управління.

Вищеокреслені аспекти актуалізують роль ефективної організації взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Значну увагу проблемам міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта в системі охорони здоров'я висвітлено у працях Борщ В., Галіяш Н., Зливкова В.Л., Лукомської С. та інших. Вивченню специфіки комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта була приділена увага низки вчених, зокрема Ковальчук Л., Кривенка Є., Мухаровської І. та у монографічному дослідженні "Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я" за редакцією професора Шкільняка М.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні теоретичних та прикладних засад взаємодії лікаря та пацієнта з метою вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення цього процесу.

Завданнями кваліфікаційної роботи означено:

- означення суті комунікаційної стратегії в системі охорони громадського здоров'я;
- виокремлення методичних підходів ефективної взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я;
- комплексне дослідження функціонального забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я на прикладі Медичного центру «Центр здорової шкіри»;
- проведення оцінки розвитку професійних компетентностей менеджера закладу охорони здоров'я як передумови ефективної взаємодії лікаря та пацієнта;
- вироблення напрямів удосконалення базових засад комунікаційної взаємодії в системі громадського здоров'я;
- імплементація психологічних аспектів у взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я.

Об'єктом кваліфікаційної роботи визначено процес комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта у медичному закладі.

Предметом дослідження - підходи та інструменти реалізації взаємодії лікаря та пацієнта на рівні окремого закладу охорони здоров'я та в системі охорони громадського здоров'я загалом.

Методи дослідження. Для досягнення мети й завдань було використано загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання достовірних, науково об'єктивних результатів. Дослідження теоретичних та прикладних засад взаємодії лікаря та пацієнта проведено за допомогою системного підходу, аналізу, синтезу, методу соціологічного аналізу та моделювання.

Інформаційною основою дослідження є інституційна база системи охорони здоров'я, наукові монографії, публікації зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях.

Практична значимість результатів дослідження полягає у виробленні практичних рекомендацій щодо застосування психологічних важелів у взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему у Збірнику тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки", Західноукраїнський національний університет (м. Тернопіль, 2023 р.) та у Збірнику тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції "Сучасний стан розвитку економічних та інноваційно-інвестиційних процесів", Центр економічних досліджень (м. Одеса, 2023 р.).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ КОМУНІКАЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Суть комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта в системі охорони громадського здоров'я

До діяльності компаній в умовах ринкової економіки висуваються більші вимоги, ніж будь-коли раніше. Надзвичайно важливо оцінювати їхню ефективність у найширшому сенсі. Все більше уваги приділяється також ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, до яких, у світлі чинних нормативних документів, висуваються такі ж жорсткі вимоги, як і до підприємств інших галузей. Специфіка цих установ і специфіка цілей, поставлених перед охороною здоров'я, призводить до того, що цінності, цілі і завдання, пов'язані з безпекою всіх учасників системи охорони здоров'я, стають провідними в їх функціонуванні.

В останні роки ця сфера дуже динамічно змінюється, в тому числі з точки зору рішень, спрямованих на забезпечення задовільного рівня безпеки здоров'я поляків. Ці перетворення супроводжуються постійною та інтенсивною, але також часто складною, неточною і незрозумілою комунікацією як між установами, що працюють на ринку медичних послуг, так і всередині них. Це, безсумнівно, підвищує важливість комунікації до такої міри, що вона стає незамінним інструментом і, водночас, умовою реалізації стратегічних цілей організацій та виконання їхньої місії, в якій багато менеджерів, що керують медичною діяльністю в Україні, виділяють цінність безпеки пацієнтів.

У світовій літературі, що розглядає різні аспекти менеджменту, вже давно з'являються повідомлення, які переконують у правильності поліпшення процесів комунікації людей в організації. Вже дослідники процесів

організаційного управління в 19 столітті, представники класичного наукового підходу до організації та управління (НОУ), які започаткували рух людських відносин, були схильні визнавати соціальний вимір роботи важливим для ефективного функціонування організації (напрям людських відносин).¹ Менеджери, які погоджувалися з цією ідеєю, піддавали своїх працівників навчанню ефективної комунікації, вважаючи, що це визначатиме ефективне функціонування їхньої компанії. На жаль, у України протягом десятиліть, коли слабка зацікавленість в ефективності функціонування закладів охорони здоров'я не спонукала до пошуку кращих рішень, вирішальне значення мала сама робота, не завжди за сприятливих умов. Сучасні реалії функціонування закладів охорони здоров'я, все більш яскраво виражені механізми ринкової економіки та зростаючий вплив суспільства як споживача медичних послуг змушують шукати методи підвищення якості функціонування цих суб'єктів. Спостереження більшості дослідників і самих учасників сфери охорони здоров'я сьогодні змушують підкреслювати важливість міжособистісної комунікації як неодмінної умови забезпечення задоволеності як пацієнтів, так і працівників та керівників закладів охорони здоров'я.

У сфері охорони здоров'я, де рішення і дії одних стосуються життя і здоров'я інших, ефективна міжособистісна комунікація набуває виняткового значення. Її характеристиками є ясність повідомлення, його достовірність, надійність - на протипагу повідомленню незрозумілому, неточному або навіть сфальсифікованому. Ефективна комунікація усуває небезпеку нечіткої інформації як всередині терапевтичної команди, так і між її членами та пацієнтом. Отже, в кінцевому підсумку це може сприяти наданню задовільної та безпечної медичної допомоги. Звідси випливає, що високий рівень комунікативних навичок є запорукою успіху для медичних працівників.²

Комунікацію можна розуміти як "процес передачі інформації від однієї людини до іншої". Він часто відбувається між кількома відправниками та одержувачами. Натомість ефективна комунікація визначається як "процес

передачі інформації таким чином, щоб отримане повідомлення було якомога ближчим за змістом до повідомлення, яке передбачалося".2

Існує 3 моменти, на яких слід наголосити щодо комунікації:

- вона стосується людей, тому її розуміння вимагає аналізу взаємовідносин між людьми - це також означає, що покращення міжособистісної комунікації повинно відбуватися шляхом покращення процесу управління людськими ресурсами в організації;

- передбачає поділ цілей і значень, що вказує на те, що для ефективної комунікації людям необхідно домовитися про цілі та цінності, якими вони обмінюються;

- включає символи (жести, звуки, літери, слова), які можуть проілюструвати думку, що міститься в повідомленні - це вимагає від учасників комунікації забезпечити, щоб ці символи, які використовуються при обміні інформацією, були зрозумілі одержувачем повідомлення відповідно до наміру відправника.

Процес міжособистісної комунікації найчастіше представляють як організацію взаємного обміну інформацією між відправником і одержувачем.

Найважливішим елементом цього процесу є люди, між якими інформація передається в обох напрямках. Це означає, що під час комунікації може або повинен бути зворотний зв'язок або принаймні повідомлення, що підтверджує отримання інформації. Цим пояснюється той факт, що відправник є одночасно одержувачем повідомлення, яке одержувач надсилає назад, стаючи відправником зворотного зв'язку.

Важливим елементом комунікації є символи, знаки, а в специфічній управлінській або медичній термінології - також професійні вирази, які становлять своєрідний код, не завжди зрозумілий одержувачу. На цьому етапі вирішальними стають як навички відправника (менеджера, лікаря), так і здатність одержувача (працівника, пацієнта) декодувати повідомлення, що дає змогу повністю зрозуміти зміст і використати передану інформацію. Шуми,

що виникають під час спілкування, тобто різні види перешкод, часто заважають передачі та отриманню важливої інформації.

Прикладами типових перешкод у міжособистісному спілкуванні в закладах охорони здоров'я є надмірні емоції, велика відповідальність, страх, розчарування, стрес, шум, часовий тиск і поспіх, втому, надмірне робоче навантаження, а також погана організація роботи, некомфортні умови праці тощо. У ситуаціях, коли на кону здоров'я і життя пацієнтів, такі фактори можуть не лише становити серйозну загрозу для ефективної та безпечної міжособистісної комунікації і, таким чином, перешкоджати функціонуванню організації, але й спричинити багатовимірні втрати.

У дуже великій кількості закладів охорони здоров'я в Україні все ще мало уваги приділяється оптимізації умов праці медичного персоналу в широкому розумінні, що у випадку виконання таких відповідальних завдань, як надання медичних послуг, може призвести до порушень у сфері міжособистісного спілкування і, таким чином, підвищити ризик помилок.

Безліч факторів, що порушують роботу медичного персоналу в Україні, і не тільки в лікарняних палатах, безсумнівно, є наслідком багатьох причин, серед яких:

- багаторічне нехтування професіоналізацією управлінських процесів, відсутність аналізу та вдосконалення організації роботи терапевтичних бригад, а також відсутність зацікавленості в поліпшенні умов праці

- мінімалістичний підхід як до визначення штатних розписів, так і до оцінки задоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, що суттєво відрізняється від рішень та показників, які використовуються для оцінки ситуації в Європі та світі;

- неспроможність визнати та проаналізувати ризики, пов'язані з вищезазначеними факторами, і, як наслідок, нездатність та небажання впроваджувати рішення, спрямовані на протидію цим ризикам;

- недостатня увага до вимог, пов'язаних із впровадженням та дотриманням принципів гігієни та ергономіки в роботі медичного персоналу.

Порівняння показників зайнятості медичного персоналу в європейських країнах із ситуацією в Україні свідчить про дефіцит лікарів і медсестер у нашій країні, який поглиблюється протягом багатьох років і який при одночасному зростанні попиту на медичну допомогу породжує ризиковані ситуації, найчастіше пов'язані з невідповідністю структури зайнятості медичного персоналу потребам пацієнтів. Багатозадачність зайнятості медичних працівників у України часто призводить до порушення безпечного робочого часу, викликає в працівників втому, дратівливість, послаблення мотивації до праці, поспіх у виконанні професійних завдань, тобто підвищує ймовірність інтенсифікації порушень у процесі міжособистісної комунікації на робочому місці. Світові досягнення у впровадженні рішень, що ведуть до безпечної роботи медичного персоналу в Україні, здається, постійно торпедуються аргументами про низькі витрати на охорону здоров'я і поганий - на жаль - фінансовий стан медичних установ.

Наразі, однак, змінюється і роль внутрішньої комунікації у сфері функціонування закладів охорони здоров'я - вона більше не охоплює лише передачу інформації, а й, наприклад, створення платформ для розвитку залученості працівників, відповідно до останніх тенденцій в управлінні людськими ресурсами. Найчастіше, отже, комунікація - це "не просто надання конкретної інформації конкретним особам, а побудова взаємодії та способи залучення їх до участі з метою зміцнення бізнесу". Належна внутрішня комунікація, зрештою, є основою для створення позитивного іміджу за межами компанії завдяки добре поінформованим працівникам, які стають послами компанії. З іншого боку, неналежне функціонування комунікації призводить до непорозумінь, конфліктів, знижує ефективність діяльності та перешкоджає досягненню цілей" (табл. 1.1).

Потік інформації в закладах охорони здоров'я можна розглядати у всіх можливих напрямках і взаємозв'язках, які мають вирішальне значення для надання медичної допомоги. Слід розглядати наступні напрямки інформаційних потоків:

Таблиця 1.1

Важливість комунікації в організації

Ефективна комунікація	Деструктивна комунікація
<ul style="list-style-type: none"> - посилює ідентифікацію з компанією - підвищує мотивацію до роботи - полегшує командну взаємодію - підвищує ефективність - посилює гармонію/послідовність - створює клімат довіри - сприяє змінам - формує позитивний імідж (внутрішній та зовнішній) компанії - викликає задоволеність роботою серед персоналу та задоволеність пацієнтів лікуванням 	<ul style="list-style-type: none"> - створює невизначеність - створює напругу та конфлікти - збільшує ризик помилок - дезорганізовує команду - демотивує персонал - знижують ефективність та якість роботи пацієнтів - незадоволеність серед персоналу та пацієнтів - погіршують імідж персоналу та закладу в цілому

- між керівництвом компанії та працівниками - двостороння вертикальна комунікація, інформаційні канали якої зазвичай збігаються з лініями офіційного, ієрархічного підпорядкування;

- всередині колективів працівників - різноспрямована горизонтальна комунікація, тобто між працівниками, які надають медичні послуги (членами терапевтичної команди), а також між ними та адміністративним персоналом і підрядниками так званих допоміжних процесів;

- між медичним персоналом і пацієнтом та його родиною - як специфічний різновид горизонтальної комунікації. Це специфічний вид міжособистісної комунікації через відмінності, що відокремлюють відправника інформації (лікаря, медсестру, фізіотерапевта) від пацієнта та його родичів.

1.2 Методичні засади ефективної взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

Робота менеджера по суті зводиться до постійного спілкування з іншими людьми за допомогою різноманітних інструментів.

Міжособистісне спілкування є невід'ємною частиною управління на всіх рівнях організації. Кожна з функцій менеджменту, а саме: планування та прийняття рішень, організація, мотивація та контроль, вимагає ефективної комунікації для того, щоб бути ефективною. Управління персоналом на практиці означає встановлення вертикальних відносин, які передбачають виконання низки управлінських ролей. Серед них - міжособистісні, інформаційні та ролі, пов'язані з прийняттям рішень. Кожна з них включає в себе елемент комунікації між представниками керівництва компанії та її працівниками.

Менеджер виконує міжособистісну роль, коли він або вона є символом і лідером людей організаційної одиниці, спілкуючись з працівниками компанії, клієнтами та постачальниками. Це найбільш комунікативна роль, для виконання якої менеджер повинен стати лідером команди. Його соціальна компетентність є найважливішим фактором у виконанні цієї ролі.

Інформаційна роль проявляється в пошуку важливої для організації інформації та передачі її окремим підрозділам або працівникам. В епоху масової інформації ця роль є особливо важливою, хоча б з точки зору відокремлення несуттєвої інформації від пріоритетної, яка повинна бути доведена до працівників. Роль прийняття рішень виконується в кожній функції корпоративного управління. Від того, чи керуватиметься менеджер у прийнятті рішень інформацією, отриманою в процесі комунікації, і наскільки активною буде участь працівників, залежить оцінка його стилю прийняття рішень. Однак, незалежно від участі працівників у самому процесі прийняття рішень, особа, яка приймає рішення, все одно повинна повідомити про свої рішення іншим членам організації.

Менеджери спілкуються з іншими, розробляючи плани, розподіляючи завдання, організовуючи роботу підлеглих команд, мотивуючи працівників та надаючи їм оцінку їхньої діяльності, а також контролюючи результати їхньої роботи.¹

З роками методи та стилі управління видозмінювалися в пошуках найбільш ефективних способів формування поведінки людей на роботі. Сьогодні керівники закладів охорони здоров'я стикаються з багатьма труднощами, що є наслідком необхідності постійно пристосовуватися до нових умов, зумовлених швидкими змінами у сфері охорони здоров'я. Такі обставини вимагають від керівників відмовитися від стилю управління, що базується виключно на видачі наказів і примусі до виконання, дисципліні з боку витрат (обмежувальне скорочення видатків) і примусі до якості. Сьогодні стає необхідною модель управління, в якій стосунки керівника з підлеглими ґрунтуються на його авторитеті, що впливає з компетентності, поведінки, визнання працівників як партнерів у досягненні цілей установи.

Управління людьми, за визначенням, передбачає вплив на працівників з метою залучення їх до роботи. Це не повинно означати просто примушування персоналу до активності. Необхідно змінити роль керівника в цих відносинах на роль того, хто мотивує і надихає персонал розвивати свої лідерські якості, що призводить до задоволеності персоналу роботою. Лікарня або клініка - це той тип закладу, де лідерство в команді повинно характеризуватися впливом на ставлення людей до завдань, пацієнтів та інших членів команди. Більш інтенсивна відданість роботі означає підвищену старанність у виконанні завдань і, як наслідок, надання безпечної медичної допомоги. Недарма в оцінці стилів керівництва останнім часом підкреслюється величезне значення лідерства як відносин, заснованих на реальному авторитеті керівника. Для більшості працівників, у тому числі поза межами сектору охорони здоров'я, найбільш сприятливими є стосунки з керівником, коли керівник є лідером для команди, а не просто виконавцем відданих наказів.⁵

Ця очевидна наявність міжособистісної комунікації в організаційній системі лікарні чи іншої установи робить її, так би мовити, клеєм, який скріплює різні елементи організаційної структури разом. Це робить організацію здатною працювати разом для досягнення своїх цілей ефективно та економічно.⁶

Принципи ефективної міжособистісної комунікації, що реалізуються через систему управління закладом, формують систему цінностей лікарні, в основі якої лежить безпека пацієнтів, і визначають організаційну культуру, в якій співпраця між керівниками та працівниками, а також усіх груп персоналу між собою ґрунтується на розумінні, доброзичливості та відкритості.

Управлінська компетентність та стиль управління людьми є ключовими аспектами ефективної комунікації в закладах охорони здоров'я.

Давно відомо, що здатність виконувати функції менеджера визначається не лише кваліфікацією людини, але й її особистісними рисами та поведінкою, так званими соціальними, або "м'якими", компетенціями. Знати, як керувати людьми, сьогодні недостатньо, але знайти спосіб впливати на співробітників таким чином, щоб вони були по-справжньому віддані місії компанії, - це дуже важливо. На практиці це часто означає підпорядкування власних цілей спільним цілям команди або організації в цілому, або навіть відмову від задоволення власних потреб на користь пацієнтів чи колег. Для досягнення такого ефекту потрібні не тільки схильності персоналу або так часто згадуване покликання професії, але й правильний стиль управління людьми в організації. Соціальні навички керівника в такому складному середовищі, як робота в охороні здоров'я, стають магнітом, що притягує людей до компанії.

Беззаперечна роль професійної компетентності все частіше доповнюється важливістю емоційного інтелекту керівника команди, який потребує вміння спілкуватися, пом'якшувати конфлікти, створювати зв'язки, співпрацювати та взаємодіяти в групі. Розвиток емоційного інтелекту, як у керівників, так і у персоналу лікарні, може значно покращити міжособистісні стосунки, розвинути навички контролю емоцій та зменшити стрес.

Не можна також випускати з уваги такий важливий аспект, як комунікація між різними рівнями в ієрархії організації знизу догори, а також між виконавчим персоналом і менеджерами на оперативному або стратегічному рівні. Це єдиний спосіб зрозуміти поведінку, почуття, погляди і думки тих, на кого прямо чи опосередковано впливають рішення, прийняті

менеджерами. Хорошим прикладом покращення цієї сфери міжособистісної комунікації в закладах охорони здоров'я є опитування задоволеності працівників, за допомогою якого менеджери можуть отримати важливу інформацію, яку не бачать на рівні керівництва закладу, а також важливі пропозиції, що визначають напрямки змін.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРИКЛАДНИХ ЗАСАД ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Дослідження функціонального забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я

Міжособистісна комунікація має особливе значення там, де кінцевий результат роботи зазвичай не є ефектним досягненням однієї людини, а скоріше є похідним від співпраці всієї команди. Таку ситуацію можна спостерігати в лікарні, де люди різних професій і спеціальностей, які не є лише представниками медичної професії, беручись за різні завдання, прагнуть досягти спільних цілей (рівноправність). Водночас у взаємодії представників професій з різним рівнем освіти або історично сформованим різним соціальним статусом невід'ємним елементом стає конкуренція за престиж, що становить загрозу для співпраці. Часто це проявляється в ігноруванні колег, висловлюванні негативних думок, пересмикуванні або підриві правильності дій. У таких ситуаціях найважливіше розуміти справжні наміри людей, що працюють разом, які, виконуючи різні професійні ролі, хочуть досягти єдиного результату. Команда людей - це більше, ніж сума робіт її членів - необхідно також залучити їх і, що так важливо, досягти синергії в досягненні цілей групи. Такий підхід визначає необхідні умови для досягнення командою бажаних результатів - це, в першу чергу, мотивація людей і задоволення, яке стимулює їхню відданість справі.

Міжособистісне спілкування в цільових командах орієнтоване на результат, тому учасники цього процесу припускають, що люди, з якими вони спілкуються, будуть поводитися відповідно до їхніх очікувань. На співпрацю лікарів і медсестер та інших членів терапевтичної команди в закладах охорони здоров'я суттєво впливає зростаюча професіоналізація медичних професій. Їх представники отримують все більше незалежності в діях, як діагностичних,

так і терапевтичних. З одного боку, висока кваліфікація медичного персоналу дає більше шансів на досягнення бажаного лікувального ефекту, з іншого - може бути причиною непорозумінь або навіть конфліктів, що виникають через різні цінності, очікування, культуру, звички чи досвід.

Формування правильних міжособистісних стосунків (включаючи ефективну комунікацію), що впливають на належну взаємодію між лікарями, медичними сестрами та акушерками, фельдшерами, фізіотерапевтами та іншим персоналом, є не тільки передумовою належного функціонування терапевтичної команди, але й важливим для досягнення прогресу в лікуванні пацієнтів і зміцнення їхнього почуття безпеки. На важливості цього питання також наголосили Моніка Добська та Казімеж Рогозінський, посилаючись на позицію Дженніфер М. Джордж, згідно з якою саме емоційний клімат команди визначає її інноваційність та ефективність. Ці параметри, з точки зору закладів охорони здоров'я, в умовах конкуренції за пацієнтів та фінансові ресурси ринку медичних послуг є очевидними причинами для отримання ринкової переваги.

В епоху постійно зростаючого попиту на медичні послуги при скороченні людських ресурсів стає все складніше знайти персонал, який би відповідав усім вимогам роботодавців і керівників. Дуже ймовірно, що в нинішній ситуації всі лікарі та медсестри, які претендують на роботу в лікарні, знайдуть роботу. Ринок праці встановлює певні правила для процедур найму, що, на жаль, часто призводить до того, що від ретельних процедур відбору відмовляються. У такій реальності підвищення вимог і розширення процедури відбору кандидатів на роботу, наприклад, тестами на визначення схильності до командної роботи та ефективної міжособистісної комунікації, здається майже примхою. Однак серед можливостей для професійного розвитку медичного персоналу в його прагненні підвищити стандарти професійної охорони здоров'я має бути місце і для розвитку соціальних компетенцій - саме вони є найважливішою детермінантою того, як люди спілкуються в команді. В епоху професіоналізації управління закладами охорони здоров'я управління

компетенціями також має означати інвестиції в навички та ставлення медичного персоналу, які визначають ефективну та безпечну комунікацію.

Водночас це означає, що набір медичного персоналу для роботи в закладах охорони здоров'я повинен, тим не менш, піддаватися особливо ретельному процесу відбору, що дозволяє оцінити як схильність до роботи з пацієнтами, так і якості, що визначають хорошу співпрацю з терапевтичним колективом. Це, перш за все, повага до іншої людини, емпатія, доброта, а також уміння співпрацювати і налагоджувати стосунки з людьми та готовність постійно вдосконалювати свої навички в цій сфері. Власне, ці аспекти оцінювання також мають бути важливим критерієм відбору кандидатів на медичну освіту. Відбору кандидатів на навчання на медичні спеціальності повинна передувати не тільки бальна оцінка, що підтверджує досягнення кандидата на попередніх етапах навчання, але й перевірка молодих людей з точки зору їхньої здатності розвивати соціальні компетенції, необхідні для такої відповідальної професії. Однак чи справді нинішня ситуація медичних університетів, які змушені збільшувати ліміти прийому на дефіцитні медичні факультети, при все ще недостатніх фінансових витратах на вищу освіту, дозволяє такі рішення? Ці та інші умови передбачають низку важливих дій у сфері управління терапевтичними бригадами в закладах охорони здоров'я. Важливо, щоб менеджери формували і підтримували серед членів терапевтичної команди ставлення і поведінку, спрямовані на поліпшення надання медичної допомоги пацієнтам, а також на безпеку пацієнта і всіх учасників процесів у лікарні.

Серед багатьох форм міжособистісної комунікації, що використовуються в догляді за пацієнтами, є невербальна форма і вербальна форма (зокрема, письмова). Слід підкреслити, що медична документація є важливим інструментом для забезпечення ефективної комунікації в організації охорони здоров'я, особливо в ході процесів, що здійснюються багатьма учасниками на послідовних етапах діагностичної та лікувальної діяльності, а також при догляді за пацієнтом. Документація в охороні здоров'я, яка так часто

негативно сприймається персоналом як надмірно складна і об'ємна, є не лише формальною вимогою чинних нормативних документів і слугує не лише, як часто підкреслюють, доказом під час судових розглядів, але, перш за все, є важливим джерелом медичної інформації для всієї команди, яка надає допомогу пацієнтові. Прикладом інструменту, що використовується в письмовій комунікації лікувальної команди, є листи медичних призначень і звіти медсестер, яким в останні роки приділяється багато уваги в дискусіях, що стосуються як самого методу запису, так і змісту і точності інформації, що передається в рамках цільових груп. Порушення в цій сфері міжособистісної комунікації можуть призвести, і, на жаль, часто призводять, до фальсифікованої інтерпретації прочитаного і, як наслідок, до помилкових рішень. Наслідки таких помилок найтяжче лягають на пацієнта.

Надмірна незручність і часте зловживання письмовою формою спілкування між медичним персоналом багато в чому визначається дуже низьким рівнем впровадження систем та інформаційних технологій для поліпшення циркуляції інформації в секторі охорони здоров'я в Україні. У той час як високорозвинені системи охорони здоров'я в Європі та світі використовують сучасні технології та обладнання, українські лікарі, медсестри та інший персонал мають обмежений доступ до них. Викликає занепокоєння той факт, що все ще недостатні витрати на охорону здоров'я в Україні затримують впровадження системних рішень у сфері комп'ютеризації та оцифрування.

2.2 Аналіз специфіки взаємодії лікаря та пацієнта у Медичному центрі «Центр здорової шкіри»

Специфіка охорони здоров'я та відносин між медичним персоналом і пацієнтом завжди характеризувалася як така, що ґрунтується на суб'єктності пацієнта. Трансформації, що відбуваються в системі охорони здоров'я, особливо щодо статусу пацієнта, визнання його прав на співвизначення та

співвідповідальність за своє здоров'я, диктують модифікацію способу ставлення до пацієнта з боку лікаря, медсестер та інших членів терапевтичної бригади. Суб'єктивне ставлення до пацієнта також означає визнання пацієнта не тільки як об'єкта дії в процесі надання медичної допомоги, але, перш за все, як партнера в розмові, а також максимально можливе подолання розбіжностей у знаннях, щоб пацієнт відчував себе більш захищеним.

У спілкуванні медичного персоналу з пацієнтом слід враховувати 2 важливі аспекти

- передача повідомлення медичним персоналом і отримання повідомлення пацієнтом;

- передача повідомлення пацієнтом і його розшифровка персоналом.

З одного боку, в процесі обміну інформацією бере участь професіонал, який передає інформацію як результат професійної компетентності, тобто кваліфікації, необхідної для здійснення медичної професії, а також комунікативної та наративної компетентності (вміння виявляти емпатію, розуміти емоції тощо). З іншого боку, є пацієнт, який є не лише клієнтом і отримувачем медичних послуг, а й людиною, яка перебуває у складному та неприйнятному становищі, звертається до лікаря чи медсестри зі своєю проблемою, виявляючи до них довіру і довіряючи їм своє здоров'я.¹⁴

Оскільки пацієнт не може об'єктивно оцінити професійну компетентність лікаря, на його рівень задоволеності медичними послугами зрештою впливають взаємини між лікарем і пацієнтом та емпатія, що розуміється як здатність отримувати інформацію від лікаря таким чином, щоб пацієнт відчував себе в безпеці, а також можливість осмислити дискомфорт і нездужання, які він відчуває. Однією з причин незадоволеності пацієнтів контактами з медичними працівниками є обмеженість передачі інформації, що призводить до невпевненості, стресу або відчуття загрози щодо перебігу лікування чи його очікуваних наслідків. Тому довіра, яка є "клеєм" у міжособистісних стосунках загалом та у стосунках лікар-пацієнт зокрема, має ключове значення у питанні комунікації в медичних закладах.

Спілкування з пацієнтами в сучасному світі стає набагато важливішим, ніж будь-коли раніше. Довіра пацієнта до медичного персоналу може набувати форми беззаперечної (сліпої) довіри до медичного авторитету або довіри, заснованої на відкритому спілкуванні, що дозволяє обмінюватися інформацією та почуттями. Довіра також є сполучною ланкою між процесами лікарні чи клініки, з якої пацієнт має вийти не лише здоровим, але й задоволеним якістю обслуговування.

Практика хороших комунікативних навичок у медичній професії є невід'ємною частиною розвитку значущих і довірчих відносин між лікарями, медсестрами та пацієнтами, що є взаємовигідним. Під час спілкування більшість людей зосереджуються на вербальній складовій, яка становить лише 10% переданого повідомлення, тоді як на невербальні та паравербальні аспекти припадає до 90%. Інформація про характер, перебіг та прогноз захворювання, доступні варіанти лікування, характер, вартість та ефективність діагностичних тестів, а також ризики та переваги інвазивних процедур є важливими компонентами міжособистісної комунікації у відносинах між лікарем та пацієнтом, але дослідження світової літератури підтверджують, що невербальний аспект комунікації суттєво впливає на задоволеність пацієнта, його прихильність до лікування та клінічні результати.

Додатковою перевагою для закладу охорони здоров'я є те, що пацієнт стає лояльним споживачем закладу, який не лише дотримується рекомендацій щодо продовження лікування, але й робить внесок у його бюджет, збільшуючи таким чином його фінансові ресурси.

Раніше думки про роботу медичних працівників та функціонування закладів охорони здоров'я передавалися з вуст в уста (шепіт-маркетинг), що звужувало коло людей, до яких доходила позитивна чи негативна інформація, яка впливала на вибір пацієнта. Сьогодні, завдяки розвитку соціальних мереж та онлайн-рейтингів лікарів, думки про медичних працівників стають загальнодоступними, і пацієнти все частіше приймають рішення про лікування

на їх основі. Це суттєво впливає на попит на послуги провайдера і може сприяти як його успіху, так і провалу.

Тут важливими є такі елементи комунікаційного процесу, як кодування повідомлення, що у відносинах між лікарем і пацієнтом означає використання термінології, яку пацієнти не завжди розуміють, і декодування, тобто розшифрування повідомлення. Той факт, що пацієнти сьогодні знають набагато більше і краще розуміють професійне повідомлення, яке надходить від медичного персоналу, не може звільнити лікарів від принципу формулювання інформації таким чином, щоб вона була зрозумілою для одержувача. Для ефективної комунікації важливим є інформаційний шум, який впливає на можливу фальсифікацію або недовіру до достовірності повідомлення, як описано вище. Це також може бути різна інтерпретація однієї і тієї ж інформації, підтвердженої пацієнтами, часто на основі повідомлення, що надходить з Інтернету.

У своїй публікації Катажина Крот наводить такі моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом, запропоновані Єзекіїлем Емануелем:

- патерналістська - лікар бере на себе роль особи, яка приймає рішення в питаннях лікування, і впливає на поведінку пацієнта, визначаючи, що є найбільш корисним для пацієнта;

- інформаційна - лікар, як професіонал, надає пацієнтові інформацію про доступні методи діагностики та лікування, а пацієнт на цій основі приймає рішення про лікування,

- інтерпретаційна - лікар надає пацієнту інформацію, виступає в ролі порадики, допомагає пацієнту розібратися в його ситуації, на основі чого пацієнт приймає рішення;

- деліберативний - лікар і пацієнт ведуть діалог у приємній атмосфері, приймаючи рішення про варіанти лікування - цей тип пов'язаний з чітким і зрозумілим спілкуванням.

Кваліфікація професій лікаря, медичної сестри, акушерки та фізіотерапевта як професій суспільної довіри ставить перед представниками

цих професій абсолютну вимогу встановлення таких стосунків з пацієнтом, за яких людина, що довіряє своє здоров'я та життя лікувальному процесу, може почуватися в безпеці. Досить часто до місії закладів охорони здоров'я входить гарантування безпеки для пацієнтів та забезпечення їхньої задоволеності лікуванням, що часто корелює з належною комунікацією між пацієнтом та медичним персоналом.

На жаль, психосоціальні фактори, що спричиняють такі небезпечні форми поведінки, як агресія та насильство, стають дедалі частішою загрозою в міжособистісних контактах у лікарнях. Вони можуть проявлятися як у вербальній формі (крики, образи, залякування, погрози), так і із застосуванням фізичної сили. Винуватцями таких нападів іноді є персонал, але також пацієнти та їхні родичі, які їх супроводжують. Емоційність і нервові напруження, що супроводжують лікувальний процес, призводить до того, що такі інциденти фіксуються в медичних установах з великою частотою. Це, безсумнівно, свідчить про величезний дефіцит соціальних навичок серед медичного персоналу та населення. Це підтверджують результати опитувань, проведених серед пацієнтів, госпіталізованих у лікарнях, для яких достовірність повідомлення, використання зрозумілих термінів і прояв зацікавленості були найважливішими факторами при контактах з медичним персоналом. Доброзичливість і відсутність поспіху також були важливими елементами розмови.

2.3 Оцінка розвитку професійних компетентностей менеджера закладу охорони здоров'я як передумови ефективної взаємодії лікаря та пацієнта

Покладення на заклади охорони здоров'я та медичних працівників обов'язку дотримуватися прав пацієнтів впливає з положень законодавства. Це стало необхідним у зв'язку зі стрімким прогресом медичної науки, розвитком технологій і розширенням спектру медичних послуг, а також

підвищенням рівня обізнаності пацієнтів як споживачів медичних послуг. Дотримання гуманістичних цінностей за цих обставин виявилось не тільки більш важливим, але й більш складним. Права пацієнта були визначені не лише з метою встановлення статусу пацієнта як рівноправного учасника лікувального процесу, але й для нормалізації відносин між медичним працівником і пацієнтом.

Одним з найважливіших аспектів, врегульованих згаданим законом, є право на інформацію, що включає роз'яснення у зрозумілій формі стану здоров'я та обговорення запланованих діагностичних і лікувальних заходів, з урахуванням права на надання автономної, незалежної згоди. Право на згоду на надання медичних послуг нерозривно пов'язане з правом на інформацію. Право на згоду на надання медичних послуг також є одним із прав, що найчастіше порушуються. Невід'ємною умовою його належної реалізації є поінформованість пацієнта про будь-яку медичну процедуру, яка буде з ним проведена. Важливо, щоб у відносинах з лікарем пацієнт був партнером, який був належним чином поінформований про характер свого захворювання і, консультуючись з лікарем, приймав повністю обґрунтовані рішення щодо подальшої діагностики та лікування, оскільки після отримання відповідної інформації пацієнт має право довести свою думку до відома медичного працівника.

Тлумачення права пацієнта на інформацію враховує єдино правильну формулу діалогу з пацієнтом, засновану на взаємній, двосторонній, партнерській міжособистісній комунікації. Інформація повинна надаватися в доступній, зрозумілій формі, адаптованій до потреб конкретного пацієнта. Людина, яка належним чином поінформована про будь-яку заплановану медичну дію, приймає рішення з повним усвідомленням наслідків і можливих негативних наслідків. Слід підкреслити, що відсутність згоди, якій передують інформація про те, на що надається згода, нівелює законність проведеної медичної дії. У 2022 році 16% усіх порушень стосувалися права пацієнта на згоду на медичні послуги та права на інформацію.

Дотримання принципу інформованої згоди на практиці дає можливість розглянути та оцінити очікувані переваги та недоліки запропонованого лікування. Це дозволяє пацієнту прийняти раціональне рішення щодо згоди на лікування або відмови від нього. Правильне застосування цього принципу допомагає запобігти або зменшити частоту помилок і упущень. Тому він є важливою передумовою безпеки як пацієнта, так і медичного персоналу та закладів охорони здоров'я.

Крот процитував визначення, запропоноване Яном Гордоном (Ian H. Gordon), згідно з яким партнерський (реляційний) маркетинг - це "безперервний процес пошуку і створення нової цінності з окремим клієнтом і розподілу вигод в рамках партнерської угоди". Маркетинг взаємовідносин значною мірою стосується питання цінності, тому видається доцільним застосовувати цю форму комунікації в закладах охорони здоров'я, де цінністю є не тільки пацієнти, але й працівники та їхній авторитет, що викликає довіру у пацієнтів та дозволяє кожному досягти задоволеності.

В основі маркетингу взаємовідносин лежить розуміння важливості ефективної співпраці для створення спільних цінностей, якими в охороні здоров'я повинні бути благополуччя пацієнта, висока якість послуг і безпека всіх учасників діагностичної та лікувальної діяльності. Це покладає на менеджерів охорони здоров'я відповідальність за впровадження інноваційних рішень та прийняття рішень, спрямованих на забезпечення вищезазначених результатів. Це передбачає значно більшу орієнтацію організаційної культури на соціальні аспекти роботи, а також врахування необхідності постійного розвитку соціальних компетенцій медичного персоналу при плануванні та впровадженні навчання в закладах охорони здоров'я. Результати сучасних опитувань серед медичних працівників беззаперечно свідчать про високий запит з боку медичного персоналу на навчання м'яким компетенціям, які визначають, серед іншого, вміння ефективно комунікувати на роботі.

Підвищення рангу цього спектру компетенцій медичного персоналу не могло не вплинути на модифікацію системи навчання студентів на медичних

факультетах у Україні. Перехід від моделі, орієнтованої виключно на озброєння студентів певним обсягом знань і технічних навичок, до моделі, яка враховує досягнення результатів навчання з точки зору соціальних компетенцій, безперечно, є визнанням недоліків попередніх рішень і водночас задає правильний напрямок для підготовки фахівців до застосування правильних принципів міжособистісного спілкування у професійній діяльності.

Однозначні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), що визнають високу важливість міжособистісної комунікації в закладах охорони здоров'я і, зокрема, її значення для забезпечення безпеки пацієнтів, були включені до Звіту Робочої групи ВООЗ з методів та заходів "Безпека пацієнтів: огляд тем та інструментів" (Patient Safety: Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools). Таким чином, ВООЗ підтвердила той факт, що порушення внутрішньої комунікації є найпоширенішою причиною несприятливих подій, що призводять до заподіяння шкоди пацієнтам, про які повідомляється в Об'єднану комісію, раніше відому як Об'єднана комісія з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO) в Сполучених Штатах.

Тому необхідно впроваджувати рішення для покращення міжособистісної комунікації в закладах охорони здоров'я, особливо в лікарнях. Одним із поширених інструментів, що покращує внутрішню комунікацію в лікарнях по всьому світу, є контрольний список хірургічної безпеки (ОКК). У України це рішення було впроваджено на основі Розпорядження Міністра охорони здоров'я про внесення змін до Положення про види та обсяг медичної документації та порядок її обробки, що зобов'язує до точного і детального запису інформації про виконання необхідних періопераційних заходів в операційній в ОКК.

Іншим інструментом покращення комунікації, розробленим військовими, є SBAR (ситуація, передумови, оцінка, рекомендація). Він також застосовується для покращення якості надання допомоги пацієнтам. Він широко використовується для підвищення їхньої безпеки. SBAR складається

з пояснення проблеми, за яким слідує відповідна довідкова інформація, а також оцінка ситуації і рекомендації щодо подальших дій (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Структура SBAR

SBAR	Питання	Опис
Ситуація	Що відбувається з пацієнтом? У чому полягає ситуація?	Співробітник описує ситуацію, представляючись, називаючи ім'я пацієнта та коротко описуючи проблему.
Передісторія	Яка передісторія або контекст ситуації?	Співробітник описує передумови ситуації, наприклад, діагноз пацієнта, причину госпіталізації, стан здоров'я та історію хвороби. Перевіряється інформація, яка може бути цікавою для інших постачальників медичних послуг.
Оцінка	У чому полягає проблема?	На цьому етапі надається детальна інформація про життєві показники, останні результати лабораторних досліджень та інші кількісні або якісні дані, пов'язані з поточним станом пацієнта. Цей розділ може містити попередній діагноз або клінічну оцінку.
Рекомендації	Який наступний крок у лікуванні пацієнта?	Ситуація пацієнта пояснюється чітко і конкретно. Співробітник повинен внести пропозиції щодо подальшого ведення пацієнта.

Проста структура SBAR дозволяє членам лікувальної команди передавати всю необхідну, логічно структуровану інформацію. Крім того, вона зменшує перешкоди між співробітниками з різним статусом в організації, досвідом, в тому числі в ієрархічному контексті, заохочуючи відправника особисто оцінювати ситуацію і давати пропозиції. Це інструмент комунікації, який не поглинає співробітників з точки зору часу та зусиль. Він забезпечує надання вичерпної інформації, заохочує до співпраці між фахівцями та зменшує ймовірність помилки. Користь від використання цього інструменту полягає як в аналізі самої ситуації пацієнта, так і в рекомендаціях щодо подальшого ведення для досягнення бажаного результату надання допомоги пацієнту. SBAR дозволяє підвищити безпеку шляхом навчання на добре або погано керованих процесах. Цей інструмент вважається комунікаційною

технікою, яка наразі найкраще надає інформацію в критичних ситуаціях, що вимагають високого рівня безпеки.

РОЗДІЛ 3

МОДЕЛЬ КОМУНІКАЦІЙ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ТА ПАЦІЄНТІВ В РАМКАХ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

3.1 Удосконалення технологічних засад комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта в системі громадського здоров'я

У сучасній медицині та охороні здоров'я відбуваються значні трансформації завдяки новим комунікаційним технологіям, які змінюють традиційні відносини між лікарем і пацієнтом. Витоки цих змін пов'язані з терміном "телемедицина", який використовується для опису здійснення медичної діяльності з використанням телекомунікаційних засобів, таких як телефон, телебачення, комп'ютер та Інтернет. Всесвітня організація охорони здоров'я використовує терміни "медична телематика", "телемедицина" і "телездоров'я" для опису взаємодії між лікарем і пацієнтом з урахуванням медичної діяльності на відстані. Визначення телемедицини еволюціонувало з розширенням сучасних інформаційних технологій, особливо з використанням комп'ютерних мереж і появою Інтернету. Всі винаходи в галузі інформаційних технологій з моменту їх появи були адаптовані до потреб медицини, а досягнення біомедичної науки тісно пов'язані з комп'ютеризацією та розвитком цифрових технологій.

Використання комп'ютерів і комп'ютерних мереж для спілкування між лікарем і пацієнтом, а також між лікарями в освітніх цілях покращує якість медичних послуг, що надаються. В даний час відбувається ще один прорив, пов'язаний з використанням комп'ютерних мереж для підтримки роботи лікарів або її повної реалізації у вигляді послуг, що відносяться до категорії електронної комерції, що в сфері охорони здоров'я призвело до появи понять, що характеризують нові способи ведення медичної практики, таких як MedicineOnline, eHealth, eDoctor, ePatient. Незважаючи на те, що ці поняття

розуміються по-різному, вони знайшли застосування в сфері охорони здоров'я, пропаганди та освіти, академічних та освітніх проектах, засобах масової інформації. В основі розвитку телемедицини лежить необхідність підвищення якості медичного обслуговування у віддалених районах, де доступ до медичної практики ускладнений. У багатьох країнах є райони, де щільність населення низька і швидкий контакт з лікарем неможливий. Сучасні засоби телекомунікації успішно застосовуються в різних галузях медицини, як в діагностиці, так і в терапії та зміцненні здоров'я. Телемедичні мережі особливо корисні для постановки діагнозу на відстані, проведення опитування населення, нагляду за виконанням різних медичних заходів, контролю за ходом лікування. Лікар також може брати участь у медичній процедурі або операції, не будучи фізично присутнім при цьому. Приклади такої медичної діяльності описані в літературі на цю тему, наприклад, е-консультації, е-візити, живий контакт в Інтернеті за допомогою веб-відео або по телефону. Основною формою контакту є телеконсультація, тобто консультація на відстані між двома людьми, зазвичай лікарем і пацієнтом або лікарями, специфіка якої полягає у відсутності безпосереднього контакту між суб'єктами консультації. Вона має як переваги, так і обмеження та несе певні медичні, організаційні та фінансові ризики. Лікарі зазначають, що певні захворювання не піддаються дистанційній діагностиці та лікуванню, серед них, наприклад, важкі та запущені клінічні стани, які становлять пряму загрозу для життя. Правомірність використання телемедицини в окремих галузях клінічної медицини є предметом дискусії та організаційно-правової роботи, прикладом чого є ініціативи кардіологів і пульмонологів. Консультація між лікарем і пацієнтом може відбуватися у двох варіантах: 1) у системі без верифікації пацієнта, як, наприклад, послуги на основі телефонів довіри, які не відповідають вимогам консультації в медико-правовому сенсі; 2) у системі з верифікацією пацієнта, що вимагає реєстрації в системі та володіння паролем доступу.

Враховуючи критерій здійснення медичної діяльності, розрізняють синхронну та асинхронну телемедицину. Вони передбачають принципові зміни у відносинах між лікарем і пацієнтом. Синхронна телемедицина базується на контакті в режимі реального часу між лікарями, медичним персоналом і пацієнтами. Вона вважається ефективним методом підтримки прийняття медичних рішень, дуже корисним для консультування щодо діагнозу і підтримки конкретної медичної процедури, наприклад, операції, процедури. Асинхронна телемедицина передбачає використання сучасних засобів зв'язку для запису, передачі та зберігання медичних даних і використання їх у зручний час і в зручному місці. Контакт лікарів один з одним і з пацієнтами може відбуватися в різний час і учасники комунікації не обов'язково повинні знаходитися в одному місці. Використання інтернету для передачі даних для підтримки процесу діагностики та лікування пацієнтів значно прискорює прийняття медичних рішень, а також може знизити вартість послуги. Інтерпретацію результатів обстежень пацієнтів можна доручити іноземним установам, які мають на це відповідні повноваження. Це особливо вигідно в екстрених випадках, через різницю в часі та необхідність негайної допомоги. Телемедичні платформи пропонують послуги в радіології, психіатрії, онкології та дерматології. У складних випадках з матеріалами та результатами обстежень можна проконсультуватися з профільними фахівцями з різних академічних центрів і спеціалізованих клінік. Аутсорсингові послуги також зручні через різницю в часі та вартості послуги. Наприклад, в екстрених випадках, користуючись різницею в часі, знімки пацієнта надсилаються з США до Індії, де їх інтерпретують і консультують фахівці, які ніби описують наданий "медичний матеріал", на основі якого лікар ставить діагноз і виконує процедуру в США.

В Україні реалізуються різні проекти з комп'ютеризації, управління та організації системи охорони здоров'я та установ, що працюють на благо громадського здоров'я. Вже кілька років діє електронна картка пацієнта, яку має кожна застрахована особа. Вона спрощує процес комунікації між

поліклініками, лікарнями та аптеками, полегшуючи роботу лікарів і підвищуючи якість медичних послуг. Впровадження сучасних ІТ-технологій у практику лікарів первинної ланки, сімейних лікарів та клінік змінює спосіб їхнього спілкування з пацієнтами. В Україні існують можливості для більш інтенсивного використання телемоніторингу, теледіагностики та телеконсультацій. До них відносяться інтерактивні відеоконференції, передача на великі відстані зображень, рентгенівських знімків, ехограм, УЗД, ЕКГ, МРТ, КТ, а також можливість вибору пацієнтами лікаря, який найкраще відповідає їхнім потребам. Звичайно, обсяг послуг, що надаються каналами телемедицини, варіюється залежно від забезпеченості державних і комерційних закладів охорони здоров'я ІКТ-обладнанням та його інтеграції в загальну систему передачі даних. Також необхідна наявність нормативно-правових актів та окремих рішень Національного фонду охорони здоров'я та Міністерства охорони здоров'я щодо відшкодування витрат на медичні процедури, які здійснюються за допомогою програм телемедицини. Важливо популяризувати медичні телеконсультації як форму контакту між пацієнтами та лікарями.

Ставлення до телемедицини і брак інформації про можливість надання певних послуг через Інтернет або мобільні мережі є серйозним бар'єром, що стримує розвиток цих послуг. Згідно з дослідженням TNS OBOP 2022 року, 2/3 респондентів (65%) ніколи не чули про існування телемедичних послуг, а 67% не знають про можливість їх використання в Україні. Ідею поширення медичних послуг, що надаються за допомогою телефону або Інтернету, підтримують 42% поляків. Крім лікарів, ентузіастів нових систем, заснованих на комп'ютерних технологіях, існує велика група лікарів, які не визнають такі методи діагностики та медичних консультацій. На їхню думку, суб'єктивне обстеження повинно проводитися при безпосередньому контакті з пацієнтом. Існують обґрунтовані побоювання, зокрема, щодо ефективності обладнання, на якому вони працюють. Лікар матиме доступ до даних пацієнтів навіть кількарічної давності, а під час операцій хірурги зможуть проводити

дослідження і використовувати їх результати в процесі операції. У прес-релізі зазначено, що це перша система в Україні, яка об'єднає десятки медичних закладів. Чи будуть у зв'язку з цим належним чином захищені дані пацієнтів?

Втрати, спричинені випадковим або навмисним розголошенням, модифікацією, знищенням або обробкою збереженої інформації про пацієнтів, будуть непоправними. Ідентифікація загроз для ІКТ-систем має велике значення і створює додатковий тип ризику, на який наражаються пацієнт і самі медичні заклади. Мобільні технології, бездротовий зв'язок і доступ до Інтернет-з'єднання вимагають специфічних технічних параметрів, яких не має більшість лікарень у Україні, що використовують Інтернет зі швидкістю до 50 Мбіт/с. Плани впровадження центральної інформаційної системи з доступом до передачі медичних даних або центрального реєстру застрахованих осіб вимагають технологій, заснованих на високошвидкісній оптоволоконній оптиці і надійних з'єднаннях. Наявний на сьогоднішній день досвід показує, що використання засобів захисту є недостатнім і що страхування ризиків та захист інформації робить медичну послугу дорожчою. Передача даних через Інтернет вимагає популяризації та впровадження відповідних правил безпеки, а також розробки правових та етичних стандартів, які захищають інтереси пацієнтів і медичного персоналу.

Термін "інформаційне суспільство" розуміється, серед іншого, як нова форма організації життя та економічний, соціальний і культурний факт, в якому відбувається інтеграція і використання різних сучасних телекомунікаційних та інформаційних технологій. Сьогодні у сфері індивідуального та громадського здоров'я можна говорити про суспільство відкритого доступу до медичних знань та інформації. Введення слова "здоров'я" в найпопулярнішу пошукову систему Google.co.uk видає понад 116 000 000 результатів, а англійською мовою при введенні слова health браузер показує 4 410 000 000 веб-результатів, що стосуються теми здоров'я.

Важливість інформаційних технологій зростає на всіх рівнях медичної комунікації, полегшуючи доступ до необмежених ресурсів біомедичних знань.

Це стосується як рівня міжмедичної комунікації, що охоплює глобальний потік інституційних медичних знань, доступних широкій аудиторії, так і рівня внутрішньомедичної комунікації, що містить передачу професійного досвіду, здійснювану в межах організацій та установ охорони здоров'я на всіх адміністративних рівнях. Інтернет також інтенсифікує міжособистісну комунікацію, підтримуючи індивідуальні відносини між лікарем і пацієнтом через опосередковані канали зв'язку, а також обмін думками між пацієнтами на теми захворювань, що їх цікавлять. Рівень інтраперсональної комунікації, що розуміється як внутрішнє мовлення суб'єкта про здоров'я і хворобу, збагачується завдяки Інтернету новими джерелами для рефлексії, осмислення і суб'єктивного розуміння різних медичних явищ, завдяки можливості обміну інформацією про здоров'я на різних блогах і дискусійних форумах. Глобальна мережа стала доступним джерелом медичної інформації як для лікарів, так і для широкого кола зацікавлених осіб, які розглядають здоров'я як цінність, що не тільки визнається, але й реалізується. Процес демократизації медичних знань через Інтернет призвів до того, що лікарі - колишні носії біомедичних знань - були змушені зробити їх доступними для широкої аудиторії. Переробка професійних медичних знань отримала назву "перекваліфікація непрофесіоналів", що призвела до "занепаду здоров'я непрофесіоналів". Варто підкреслити контамінацію, яка відбувається між різними рівнями медичної комунікації, впливаючи як на медичні моделі інтерпретації хвороби, так і на соціальне конструювання хвороби. Прикладом, що ілюструє контамінацію комунікації через Інтернет, може слугувати проблема поширення ВІЛ/СНІДу. Пошук у Google за терміном "ВІЛ/СНІД" дає майже 54 мільйони результатів. Існують професійні сайти міжнародних інституцій, таких як ВООЗ, ЮНЕЙДС, завданням яких є поширення епідеміологічних знань і закладення основ профілактики громадського здоров'я, а також сайти лікарень, органів охорони здоров'я, різних немедичних організацій і сайти спільнот, які займаються цією темою. Окремою групою, зацікавленою у висвітленні проблем СНІДу, є ВІЛ-позитивні люди. Прикладом аналізу сайтів, створених ними, є дослідження J.

Gillett [24], який виділив такі тематичні групи порталів, присвячених ВІЛ/СНІДу: автобіографії (8), експертиза (7), просування себе (5), особлива думка (3). Інтернет дає можливість представити проблеми ВІЛ-позитивних людей, які стикаються зі стигмою в реальному світі, що призводить до їх маргіналізації та виключення з публічної сфери. Інтернет стає мостом між приватними проблемами здоров'я хворих на СНІД та сферою громадського здоров'я, яка зачіпає всіх людей. Посилаючись на концепцію агори З. Баумана, можна стверджувати, що через Інтернет пацієнти можуть не тільки говорити про свої приватні проблеми, але й нормативно реінтегруватися в суспільство [56]. Вже наведений приклад показує, що доступ до Інтернету дає можливість знайти різноманітну медичну інформацію про здоров'я та медицину, отримати консультацію, взяти участь у групах підтримки, ознайомитися з біографічними даними тощо. Дослідники сходяться на думці, що Інтернет дозволяє пацієнтам брати на себе більшу відповідальність за своє здоров'я завдяки кращому доступу до різної інформації та легшій можливості вибирати, що пропонують медичні практики. Він також змінює традиційні відносини між лікарем і пацієнтом, в яких авторитет лікаря, підкріплений професійними знаннями, створював патерналістську асиметрію. Інтернет відновлює баланс у відносинах між лікарем і пацієнтом, демократизуючи доступ до медичних знань. У деяких країнах (наприклад, Великобританія, США) пацієнт вже має можливість прямого доступу до інформації про своє здоров'я, зібраної медичними установами, завдяки чому він може консультиватися з результатами лабораторних аналізів або поставленим діагнозом з іншими лікарями і, разом з тим, посилити свою позицію у відносинах з лікарем і більш свідомо брати участь у прийнятті рішень щодо пропонуваного методу лікування.

Частка людей, зацікавлених у пошуку інформації про здоров'я і хвороби в Інтернеті, стрімко зростає. Дослідження, проведені в різних країнах, не є повністю порівнянними через використану методологію, спосіб збору даних та вибірку. Проте варто навести декілька з них, оскільки вони демонструють

загальну тенденцію зростання інтересу до медичної інформації в Інтернеті. Не існує єдиної думки щодо того, чи сприяє Інтернет: підвищенню якості медичних послуг, що надаються; покращенню комунікації між лікарем і пацієнтом; створенню нового типу нерівності у сфері охорони здоров'я; створенню нового типу медичних послуг, що надаються без участі лікаря; підриву системи охорони здоров'я, що опосередковується нелікарями; підриває традиційну роль лікаря, обмежуючи його владу над пацієнтом. Існує ще багато питань і сумнівів; з часом зібрані емпіричні дані дозволять їх перевірити.

Сучасний стан знань з цього питання підтверджує, що загальний доступ до медичної інформації не дорівнює набуттю компетенції самолікування і, перш за все, не скасує професійні навички лікарів. Значення лікарів як експертів у сфері охорони здоров'я зростатиме з використанням нових технологій для спілкування з пацієнтами. Онлайн-консультації, також відомі як електронні візити, можуть замінити реальний контакт для деяких медичних послуг. У США, за оцінками, близько 35% медичних випадків можна проконсультувати онлайн. Також підраховано, що 80 мільйонів клієнтів зацікавлені в онлайн-контактах з лікарями. Розвиток послуг через Інтернет буде пов'язаний з тим, чи візьмуться страхові компанії рефінансувати такі консультації. Переваги вже підраховані: нижча вартість послуги, зручність для пацієнтів у разі незначних медичних проблем, швидша реакція на проблеми, про які повідомляють пацієнти, рекомендації у разі хронічних захворювань, безкоштовні місця для тих пацієнтів, яким обов'язково потрібно звернутися до лікаря особисто. Страхові компанії підтримують такі ініціативи, але вимагають, щоб електронні візити відбувалися через захищений портал відповідно до принципів конфіденційності та безпеки медичної інформації. З цією метою вже розробляються етичні кодекси для електронних візитів та онлайн-сервісів. Дослідники зазначають, що електронна медицина - це процес, який буде інтенсифікуватися з розвитком раціональних і вигідних форм фінансування таких послуг для платника, лікаря і пацієнта. Опір з боку

медичної спільноти пов'язаний з тим, що спілкування електронною поштою вбудовано в завдання первинної медичної допомоги, що тягне за собою певні витрати і розглядається як тимчасове навантаження без винагороди. Серед американців зростає інтерес до медичної інформації, опублікованої в Інтернеті. У 2022 р. 31% респондентів шукали інформацію про здоров'я в Інтернеті, тоді як у 2016 р. вже 68% дорослих американців використовували мережу для пошуку інформації про здоров'я та медицину.

В європейських країнах думки щодо корисності Інтернету для спілкування лікаря з пацієнтом розділилися. В опитуванні, проведеному в 2022 році серед громадян країн Європейського Союзу, медичні працівники були названі основним джерелом медичної інформації - понад 61% (лікарі, медсестри, фармацевти), за ними йшли телебачення, обговорення в колі сім'ї та друзів, газети і журнали. В Інтернеті шукали інформацію про здоров'я 23% респондентів, а 41% вважають, що серфінг в Інтернеті є хорошим способом отримання інформації про здоров'я. Розподіл респондентів, які шукають інформацію про здоров'я, варіюється від країни до країни. У Данії та Нідерландах таку інформацію шукали 40% населення, а в Греції, Іспанії та Португалії - близько 15% [www.eurora.eu.int/comm/health]. У нещодавньому опитуванні, проведеному в листопаді 2021 року. Інтернет як джерело інформації про здоров'я та хвороби посів високе друге місце. Українці вказують на сімейних лікарів як на найважливіше джерело інформації у випадку проблем зі здоров'ям - 57% (58% у світі) та Інтернет - 51%. Широкий доступ до Інтернету спонукає людей до пошуку різноманітної інформації на теми, що цікавлять їх з точки зору хвороб та здоров'я. Експерт "ARC Rynek i Opinia", коментуючи результати опитування, висловлює стурбованість цим явищем, оскільки в Інтернеті - як він стверджує - крім інформації, що має суттєву цінність, є багато думок, розміщених медичними нефахівцями і некомпетентними людьми, які не мають кваліфікації для надання медичних порад. Дослідження показують, що якість медичних веб-сайтів оцінюється по-різному залежно від прийнятих критеріїв. У документі e-Europe 2022,

розробленому Європейською комісією, прийнято такі основні критерії оцінки якості медичних веб-сайтів: прозорість і чесність, чітко сформульована мета, повна інформація про те, кому адресований веб-сайт, прозорість фінансування веб-сайту, наявність посилань, оновлення веб-сайту, захист персональних даних, відповідальність, доступність. Зазначені критерії розглядаються як технічний стандарт для висвітлення веб-сайтів, але слід підкреслити, що існують також елементи етичного оцінювання. Прийняття стандартів якості веб-сайтів було включено до Стратегії "Електронна Європа 2025. План дій", яка мала на меті зробити державні послуги доступними через Інтернет. Наступним етапом перевірки має бути змістовний аналіз, пов'язаний з відповідністю наданої інформації сучасному рівню медичних знань, а також з тим, чи має автор інституційні повноваження надавати таку інформацію та консультації. Установи, що займаються популяризацією здоров'я, повинні дотримуватися критеріїв Європейської Комісії, популяризованих організацією Health On the Net.

Ці критерії зводяться до восьми питань, що охоплюють весь спектр принципів, необхідних для того, щоб зробити інформацію про здоров'я достовірною з точки зору джерел, кваліфікації та повноважень осіб, які надають інформацію, дотримання правил захисту даних та професійної таємниці, а також прозорості комунікації та можливості перевірки розміщених даних. Багато проблем виникає саме з оцінкою веб-сайтів, підготовлених непрофесіоналами, фактична якість яких зазвичай викликає сумніви. Користувачеві Інтернету, який шукає інформацію про методи лікування власних скарг на здоров'я, важко оцінити надійність джерела. Висновки з оцінки якості веб-сайтів, присвячених соціальним хворобам, є дуже критичними. Авторка дослідження, Е. Доброговська-Шлебуш, пише у висновку, що вони "у більшості випадків низької якості" і що системи оцінки якості веб-сайтів "не відомі веб-розробникам". Покращення інформаційної якості веб-сайтів з питань охорони здоров'я повинно йти в напрямку їх акредитації, тобто зовнішнього контролю якості, запровадження базового

стандарту оцінки інформації, збільшення участі академічних кіл у їх створенні.

Реалізація попиту на оцифрування охорони здоров'я та медицини в Україні, ймовірно, закладе основу для нової бізнес-моделі, заснованої на сучасних комунікаційних технологіях. Оцифрування вимагає організаційних зусиль, відповідного правового регулювання і, перш за все, фінансових ресурсів і бачення трансформації системи охорони здоров'я, послідовно реалізованого політичними командами, що змінювали одна одну. На жаль, у сфері реформування системи охорони здоров'я, частиною якої є її комп'ютеризація, політики та чиновники мали дуже різні ідеї, які їхні наступники зазвичай не продовжували. Прикладами спроб оцифрування медичних послуг та обігу інформації в Україні є: комп'ютеризація лікарень, профінансована Світовим банком; реєстр медичних послуг, впроваджений у кількох регіонах країни; система електронних медичних записів; картка пацієнта; реєстр пацієнтів; електронні рецепти; Центральний реєстр застрахованих осіб. Обґрунтування спроб запровадити сучасні технології збору, обробки та передачі інформації щоразу схожі.

Метою є покращення комунікації всередині медичної системи, що призведе до підвищення якості медичного обслуговування пацієнтів, задоволення їхніх потреб у медичній допомозі на більш високому рівні. У той же час, вказується на покращення умов праці лікарів та медико-адміністративного персоналу. На ринку ІТ та медичних послуг з'являються різні інтегровані системи для управління сектором охорони здоров'я, які в основному пропонуються ІТ та бізнес-орієнтованими компаніями. Прикладом є проект Microsoft "Connected Healthcare Platform", який добре описує стратегії та важливість побудови комплексних рішень на ринку охорони здоров'я. Згідно з цим проектом, зріла модель електронної охорони здоров'я проходить чотири фази: присутність, взаємодія, обробка транзакцій, трансформація. Послідовні рівні означають перехід від неінтерактивних веб-сайтів, орієнтованих на поширення медичної інформації, до синергії різних послуг,

що використовують онлайн-комунікацію для комплексного інтерактивного обслуговування клієнтів. Запропоновані конкретні рішення цього проекту включають як економічний розрахунок проекту, так і безпеку системи, а також комплексність рішень, вигідних для пацієнта і лікаря.

Україна приєдналася до процесів, запропонованих ЄС для комп'ютеризації сектору охорони здоров'я та поширення знань про громадське здоров'я. Дискусія, що відбулася до цього часу, показала, що це спроби реалізації проектів, які не повністю відповідають очікуванням постачальників медичних послуг, лікарів і пацієнтів. Основними базовими документами, які визначили основні напрямки розвитку інформатизації в охороні здоров'я, є Стратегія електронного здоров'я; Стратегія електронного здоров'я Україні; Напрямки інформатизації охорони здоров'я Україні. Ці документи слід розглядати як послідовну деталізацію тем охорони здоров'я з урахуванням модифікацій, зумовлених правовими, організаційними та технологічними змінами. Прийнятий горизонт дій показує, що в найближчі роки пацієнт і лікар зіткнуться з великими змінами в доступі до інформації у сфері охорони здоров'я та надання медичних послуг. В рамках програм, що фінансуються зі структурних фондів, будуть реалізовані такі заходи, як "реалізація Програми інформатизації охорони здоров'я (PIOZ), створення умов для розвитку електронних послуг в охороні здоров'я - зокрема, телемедичних систем (телеконсультації, телемоніторинг, онлайн-реєстрація пацієнтів через Інтернет), електронний рецепт (е-рецепт) та електронна медична картка, яка буде пов'язана з новим посвідченням особи" .

Представники різних медичних організацій лікарів, медсестер та представників інших медичних професій висловлюються з приводу електронної охорони здоров'я. Одним із прикладів є Постійний комітет європейських лікарів, який є федерацією 27 європейських національних найбільш репрезентативних медичних організацій, президентом якої є Костянтин Радзівілл. У документі "Електронна охорона здоров'я - перспектива для лікарів", заснованому на документах Європейського Союзу, представлено

законодавство для "полегшення доступу до безпечної транскордонної охорони здоров'я", забезпечення високої якості послуг і дотримання прав пацієнтів. У висновках презентації пропагується співпраця та обмін інформацією між різними установами, відповідальними за електронну охорону здоров'я, за участю медичних організацій та пацієнтів. Запропонована там модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом базується на інституційних гарантіях високої якості охорони здоров'я, які повинні керуватися, серед іншого, безпекою і захистом даних пацієнтів, перевіркою компетентності лікарів, електронною картою медичних працівників, створенням європейських мереж для лікування пацієнтів з рідкісними захворюваннями, транскордонним визнанням рецептів.

У документах ЄС, Україні та медичних організацій система e-Health може розглядатися як основа для створення глобального ринку медичних послуг. Процеси глобалізації у сфері охорони здоров'я стосуються різних видів обміну і потоків інформації, продуктів, послуг, робочої сили, технологій, капіталу і мобільності людей, "що відбуваються в умовах скорочення часу і простору". Електронна охорона здоров'я та електронна медицина розвиваються синхронно з розвитком сучасних комунікаційних технологій. Інтернет і системи мобільного зв'язку, а також доступні комп'ютери і мережеві сервіси створили можливості для трансформації і вдосконалення системи охорони здоров'я - як державного, так і комерційного її сегментів.

Представлені раніше моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом ґрунтувалися на комунікації, що вимагала фізичної присутності обох учасників. Як у грецькій трагедії, місце і час зустрічі були визначені, а ролі, які повинні були виконуватися, були чітко визначені і засновані на взаємній згоді. Після різних аналізів можна зробити висновок, що ідеальні моделі взаємовідносин повинні включати в себе наступні елементи: патерналізм лікаря обмежується клінічними ситуаціями, в яких пацієнт з різних причин не має можливості самовизначення; пацієнт є активним співучасником лікувального процесу на всіх його етапах; рішення щодо терапевтичних

процедур приймаються спільно; співпраця передбачає двосторонню міжособистісну комунікацію між лікарем і пацієнтом; центром взаємовідносин є пацієнт, а не лікар, влада якого обмежена; всі права пацієнта поважаються, і він висловлює інформовану згоду на проведення процедур лікування; основою комунікації має бути діалог, щира розмова і слухання з розумінням партнера.

Як уже зазначалося, зміни у відносинах між лікарем і пацієнтом вже давно пов'язані з появою і розвитком телемедицини, а тепер і комп'ютерних мереж, що обслуговують різні сфери медицини і охорони здоров'я. У віртуальному світі слово "пацієнт" має багато значень, зустрічається в різних контекстах і використовується для опису різних медичних ситуацій. Розглянемо найважливіші з них. Термін "електронний віртуальний пацієнт" стосується інтерактивних комп'ютерних програм, які імітують реальних пацієнтів і реальні клінічні сценарії [<http://www.virtualpatients.eu>]. Вони використовуються, зокрема, в дидактиці при вивченні медичних дисциплін і в різних видах підготовки лікарів. Переваги віртуальних кейсів пацієнтів високо цінуються в медичній освіті: вони полегшують засвоєння студентами базових медичних дисциплін, розвивають навички клінічного мислення, дозволяють студентам ознайомитися з високоризикованими методами лікування та операціями, дають змогу бути залученими до драматичних ситуацій, що викликають сильні емоції, а також розвивають мовні навички та компетенції.

Електронний пацієнт (електронна карта пацієнта, електронна медична картка) містить дані конкретного пацієнта про його хворобу, лікування, клінічні процедури, що застосовувалися, призначені ліки, які зберігаються в комп'ютерній системі. Термін має широкий спектр застосування, включаючи реєстрацію пацієнтів у лікарнях і клініках, історію хвороби пацієнта, документацію проведених процедур, для наукових цілей, медичної статистики та медичної освіти.

В іншому контексті термін "електронний пацієнт" використовується для опису людини, яка використовує Інтернет для пошуку інформації про здоров'я,

хвороби та медицину. Таких людей не слід називати пацієнтами, оскільки хвороба не завжди є причиною, яка активізує їхню діяльність. Їх краще назвати споживачами здоров'я, оскільки їхня активність може бути як про-здоровчою, так і просвітницькою. Вони також є основною мішенню фармацевтичних компаній та різних медичних субдисциплін (наприклад, естетичної медицини), які використовують такі комунікаційні інструменти, як реклама та зв'язки з громадськістю, для створення попиту на фармацевтичні препарати та медичні послуги. Люди, які шукають в Інтернеті різноманітну інформацію про хвороби, здоров'я та медицину, стають краще поінформованими про власні проблеми зі здоров'ям, а в ситуації хвороби беруть на себе роль поінформованого пацієнта, а іноді й експерта з питань власного здоров'я, завдяки знанням, отриманим з Інтернету. Швидка онлайн-інформація про симптоми, лікування, доступні ліки призводить до того, що пацієнт приходиться до лікаря більш компетентним і, як правило, з власним діагнозом, поставленим за допомогою Інтернету. Це змінює модель патерналістських відносин на деліберативну, оскільки лікар втрачає свою позицію людини зі "знанням-владою" і змушений більше зважати на очікування та претензії пацієнта в реальних ситуаціях. Більша компетентність пацієнта змушує лікаря по-іншому комунікувати професійні знання. Пацієнти, які отримали діагноз від лікаря, шукають додаткову інформацію в Інтернеті і через Інтернет перевіряють отриману інформацію в іншого лікаря. Електронний пацієнт також має можливість скласти власну думку про проблему зі здоров'ям, беручи участь у соціальних та онлайн-форумах, присвячених різним захворюванням. Особливо люди, які страждають на рідкісні, хронічні та стигматизуючі захворювання, шукають в Інтернеті медичні знання, спільноту однодумців та емоційну підтримку. Процес обміну досвідом є важливою частиною терапевтичного процесу, а також пошуком соціальної репрезентації груп пацієнтів, які створюють інший світ реальності, позначений хворобою. Тому пацієнти шукають в Інтернеті людей, які можуть розділити їхні проблеми, шукають інформаційної та психологічної підтримки. Оскільки в реальній

професійній практиці лікар має все менше часу на емпатичні стосунки з пацієнтом, ці завдання, принаймні частково, перебирають на себе мережеві групи підтримки. У комерційній медицині електронна пошта дозволяє пацієнтам безпосередньо зв'язатися з лікарем і представити свою проблему, записатися на прийом і бути допущеними до операції. У випадку державної охорони здоров'я такий тип відносин не практикується в Україні, оскільки фінансування таких послуг не регулюється.

Медичні знання з Інтернету також є новою формою соціального контролю над лікарем і медичними установами. Рейтинги лікарень, звіти споживачів та профілі роботи медичних працівників все частіше стають доступними в засобах масової інформації та мають постійне місце в Інтернеті. У США на офіційних сайтах медичних товариств навіть надається інформація про приватне життя лікарів, включаючи їх схильність до зловживання алкоголем, вживання наркотиків, наркоманії та подружньої невірності. Схоже, що високий рівень конкуренції на ринку медичних послуг змушує лікарів погоджуватися виставляти своє приватне життя напоказ і давати йому оцінку з боку пацієнтів. Постулат Вітча, який пропонував, щоб пацієнт також мав право на інформацію про дотримання лікарем етичних принципів і його погляди на суперечливі біоетичні питання, такі як евтаназія, екстракорпоральне запліднення і клонування, також може бути виконаний. Пацієнти також мають можливість перевірити в Інтернеті, як оцінюють лікаря. Існує проблема з довірою до цих рейтингів, оскільки маркетингові компанії та приватні особи заробляють гроші, публікуючи панегірики про лікарів. У Україні також популярні рейтинги лікарень або лікарняних відділень, які дають пацієнтам можливість вибрати лікарню, в якій буде проводитися лікування. Вільний вибір лікаря і лікарні, де буде проводитися лікування, який гарантується законом, є кроком до створення вільного ринку медичних послуг, на якому позиція пацієнта як споживача підкреслюється сильніше. У певному сенсі можливість вибору постачальника послуг призводить до того, що черги на лікування збільшуються в лікарнях, які займають більш високі позиції на

ринку і мають кращі стандарти обслуговування. Запропонована Міністерством охорони здоров'я цифрова система запису на лікування дозволить пацієнту отримати точну інформацію про те, де і коли він зможе отримати відповідну послугу. Водночас вона показуватиме, де пацієнт перебуває в черзі. Як зазначалося, зростає частка тих, хто зацікавлений шукати інформацію про здоров'я та хвороби в Інтернеті. Лікарів особливо дратують пацієнти, які набувають "медичної компетентності" в інтернеті перед візитом до лікаря. Пацієнти, які краще поінформовані, мають більше претензій до медичного персоналу та закладів. Лікар повинен контролювати свої висловлювання, діагноз, який він ставить, і рекомендовану терапію в більшій мірі, тому що він має справу з більш поінформованим пацієнтом. Саме тому лікарі називають електронного пацієнта "надмірно поінформованим" і "некерованим". Суть колишніх відносин між лікарем і пацієнтом була асиметричною, заснованою на знаннях, авторитеті, владі лікаря, що, відповідно, призводило до патерналістських відносин. Інтернет змінив статус-кво патерналістської моделі відносин на більш доступну і полегшену у сфері "таємних" медичних знань. Хоча розуміння медичної комунікації в Інтернеті все ще може бути бар'єром компетентності для пацієнта, сама можливість доступу до таких знань оцінюється позитивно. Нижче наведено найчастіше обговорювані в літературі на цю тему переваги та недоліки використання Інтернету в охороні здоров'я].

Переваги Інтернету у відносинах лікар-пацієнт:

- Інтернет полегшує контакт пацієнта з лікарем як на етапі запису на прийом та організації процесу лікування, так і в процесі отримання інформованої згоди на певні медичні процедури.

- Медична інформація в Інтернеті робить доступними знання, зарезервовані для професіоналів, сприяє демократизації охорони здоров'я і зменшує владу лікаря.

- Комп'ютерні програми використовуються для збору всіх даних про пацієнта, що стосуються його проблем зі здоров'ям, а також медичних

процедур, терапевтичних заходів і ліків, що застосовуються. За необхідності ці дані надсилаються через Інтернет і підтримують лікування пацієнта.

- Інтернет виконує різні функції залежно від типу захворювання. Він має більше значення у випадку хронічних захворювань. Лікар може надавати консультації через Інтернет без необхідності зустрічатися з пацієнтом віч-на-віч.

- Інтернет відіграє важливу роль у сфері охорони здоров'я, пропагуючи здоровий спосіб життя, популяризуючи поведінку, спрямовану на збереження здоров'я, навчання та інформування про ризики та небезпеки для здоров'я.

- Інтернет та його ресурси можуть бути використані для різних дискусій як медичними працівниками, так і неспеціалістами. Обмін інформацією є простішим, а ресурси - необмеженими.

- У медичній практиці Інтернет слід розглядати як підтримку комунікації між лікарем і пацієнтом, особливо на етапі консультації та збору даних про хворобу. Тому Інтернет не слід розглядати як поле конкуренції за медичну владу-знання.

Інтернет-ризик у відносинах між лікарем і пацієнтом:

- Інформація з Інтернету може бути інтерпретована пацієнтами як достатня для самодіагностики та лікування. Самопрезентація пацієнтами свого досвіду в Інтернеті та їхні поради можуть не стати основою для набуття нових компетенцій та самолікування.

- Електронний та цифровий збір даних про пацієнтів вимагає системи захисту доступу до інформації, яка не може бути повністю гарантована.

- Порушення приватності в різних формах може статися, коли інформація про хвороби пацієнта потрапляє в публічне надбання і використовується в немедичних цілях.

- Безпека доступу до даних пацієнтів може бути порушена різними типами онлайн-злочинців і використана ними у злочинних цілях.

- Низьке почуття відповідальності за процес анонімного спілкування призводить до того, що в Інтернеті розміщується неактуальний, оманливий, маніпулятивний контент, який може завдати шкоди пацієнтам і лікарям.

- Медичний контент, розміщений в Інтернеті, може бути сумнівним; часто він походить з невідомого і недокументованого джерела, вводить в оману пацієнта, створюючи ілюзію застосовності до конкретного випадку; значна частина порад розміщується людьми, які не мають на це кваліфікації або повноважень.

- Вразливість Інтернету до технічних збоїв, хакерських атак та інших загроз призводить до того, що лікарі з недовірою ставляться до використання Інтернету в сфері охорони здоров'я.

3.2 Імплементация психологічних інструментів у взаємодію лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

У міжособистісній комунікації багато залежить від рівня культури співрозмовників і готовності йти на контакт. Необхідно приділяти велику увагу координації на всіх рівнях: від медичної консультації до питання організації роботи медичного закладу. Важливою є також якість співпраці у сфері маркетингу, що передбачає взаємодію фармацевтичних компаній або виробників технічного обладнання.

Бесіда, що розуміється в широкому сенсі, а не лише як зустріч лікаря з пацієнтом, про яку йшлося в роботі, вимагає хорошої підготовки з точки зору комунікативних навичок.

По-перше, міжособистісна взаємодія дає можливість сформулювати очікування від інших, а побудова "правильно сконструйованого повідомлення дозволяє донести до оточення власні потреби". Таким чином, можна позбавити себе зайвих здогадок і недоброросовісно наполягати на реалізації власних потреб, які були заздалегідь чітко сформульовані.

Завдяки правильній комунікації співрозмовники можуть краще пізнати один одного і таким чином донести до іншої сторони певну ключову інформацію про себе. Як пише Новина Конопка: "мова не йде про те, щоб виставляти напоказ свої переконання чи розкривати секрети, а лише про те, щоб показати певні риси особистості, такі як почуття гумору, дистанціювання від себе, напористість, хобі чи просто те, що подобається і не подобається" [22].

Мовлення встановлює кордони. Конкретний наратив є основою для визначення дистанції між партнерами по комунікації. Слова, а також тон голосу чи його модуляція впливають на формування кордонів як у дружніх стосунках, так і під час офіційної зустрічі. Важливо, щоб встановлена дистанція була прийнята обома сторонами розмови .

На відміну від електронної комунікації, під час конфронтації віч-на-віч співрозмовники можуть контролювати перебіг протистояння і миттєво реагувати на його наслідки через емоції, що їх супроводжують. Це сприяє кращому взаєморозумінню, конкретизації власних думок - іншими словами, підтримує ефективність передачі інформації.

Розмова ставить її учасників на рівний рівень. Сильна потреба в розширенні можливостей проявляється в сучасному підході пацієнта до процесу лікування, коли він хоче бути "поінформованим і хоче впливати на власну долю". Модель партнерства передбачає симетричність, "співвизначення, емпатичний розподіл відповідальності".

Хвороба - це завжди шок і удар для хворої людини, яка проходить етапи протистояння своєму стану. По-перше, є усвідомлення того, що тіло більше не функціонує так, як раніше. Навколишнє середовище, як правило, заклопотане своїми справами, повсякденним життям, тоді як людина відчуває, що земля йде з-під її ніг. Вона відчуває себе відірваною і самотньою. Вона починає ставити собі багато запитань. Це посилює її тривогу, а "крім того, контакт з невідомим і страх за своє здоров'я породжують розгубленість і розчарування".

Відносини пацієнт-лікар, таким чином, є досить специфічною домовленістю. Як пише Юзеф Ліпец, "а саме: один з учасників діалогу з'являється з перевагою знань, якими він володіє, і силою потенційної практичної терапії, а інший, хворий і страждаючий, очікує не тільки розради, але й допомоги з надією" [22]. Часом пацієнт бачить у лікареві єдине джерело своєї розради і вимагає від нього самовіддачі та уваги. Він плекає цю думку і чіпляється за неї.

Томаш Соберайський зазначає, що професія лікаря в певному сенсі відповідає посаді працівника служби обслуговування клієнтів - підготовка до належного виконання своєї роботи вимагає, окрім технічних і фактичних знань, ще й соціально-психологічних навичок. Вичерпна інформація, що надається пацієнту в процесі лікування, має ефект зниження тривожності пацієнта і, через підвищення обізнаності, підвищує мотивацію до співпраці з фахівцем.

Часто на лінії лікар-пацієнт можна спостерігати виникнення так званої патерналістської моделі, яка є однією з найстаріших моделей такого типу стосунків. Як підкреслює Барбара Смочинська, "лікар, який забезпечує благополуччя пацієнта, вважається найвищим авторитетом не тільки в терапевтичному, але й у моральному плані; від пацієнта, у свою чергу, очікується послух".

Тому контакти з лікарем є асиметричними і в більшості випадків неіндивідуальними, коли пацієнт спостерігається одним, максимум двома фахівцями, які самі щодня мають багато інших пацієнтів під своєю опікою. У процесі тривалого лікування може здатися природним формування певної прив'язаності. Однак лікар підпорядковується жорсткому лікарському кодексу і, усвідомлюючи специфіку своєї роботи, також повинен поводитися професійно, оскільки це може вплинути на якість його майбутньої практики.

Однак це не означає, що він не може адаптувати свій стиль спілкування до співрозмовника. Навпаки, визнання комунікативної компетентності партнера (шляхом звернення уваги на його мову, соціальний статус або спосіб

життя) і встановлення спонтанної розмови, пристосованої до його інтелектуального рівня, сприяє досягненню згоди щодо передачі інформації про хворобу і методи лікування.

На якість цих контактів також впливають індивідуальні фактори. До них відносяться вік, стать, психологічна схильність, а з боку лікаря - стаж роботи за фахом, тип спеціалізації, відчуття компетентності, хід професійної кар'єри, отримана підготовка або комунікативні навички. Всі ці компоненти впливають на підхід до роботи і ставлення до пацієнта. Важливо, щоб він або вона вміли плавно адаптувати свій підхід до конкретного випадку. Адже не кожен розмову з пацієнтом можна розрядити жартом, і не кожен оцінить турботливе та батьківське ставлення.

Позитивний чи негативний тон розмови пов'язаний з рівнем самореалізації, а також може впливати на формування думки в медичній спільноті. Як можна прочитати в публікації за редакцією Томаша Гобана-Класа: "наслідком помилок (...) може бути, наприклад, негативна думка, що впливає на професійний статус і розвиток кар'єри; рідше можуть бути серйозні економічні наслідки, такі як втрата роботи або обмеження права на практику (...) комунікативна компетентність лікаря може сприяти його кар'єрному зростанню, тоді як недостатня компетентність може сприяти як лікарським помилкам, так і професійним невдачам" [65].

Ставлення пацієнта багато в чому визначається цілями його візиту до лікаря. Від перебігу розмови з лікарем часто залежать подальші спроби пацієнта покращити своє здоров'я, їхня якість або відсутність. Ще до того, як консультація відбудеться, пацієнт має певні припущення та очікування. Дослідники з Університету Коннектикуту та Університету Саутгемптона у 2011 році провели дослідження, яке показало, що до 90% респондентів очікують, що їх вислухають, 60% респондентів хочуть пройти обстеження, а 25% людей просто хочуть отримати рецепт.

Слова мають велику силу. Вони можуть допомогти людині знайти сили для боротьби, заспокоїти накопичені емоції, але можуть і сильно поранити. Професор медичних наук, фахівець з внутрішньої медицини, анестезіології та інтенсивної терапії, кардіології та паліативної медицини Яцек Лучак, який перебуває в постійному контакті з пацієнтами онкологічного відділення, пише на одному з інтернет-порталів "Порожнечу (...) не можна заповнити словами, її можна заповнити лише присутністю людини. Пацієнт часто задає складні питання. З відповіддю не слід поспішати. Пацієнт добре знає, що ми теж не знаємо. То чому ж він ставить такі запитання? Можливо, тому, що хоче поділитися своїм болем. Це також може бути формою встановлення контакту з нами" [22].

Чесність важлива, навіть якщо правда важка. Малгожата Осіпчук, автор статті "Донесення інформації до пацієнтів", посилається на результати опитування пацієнтів, яке чітко показало, що переважна більшість, аж 75% респондентів, хочуть знати правду про свій стан. Як вона зазначає, правильно обраний спосіб інформування про хворобу може значно знизити рівень стресу пацієнта. У свою чергу, Дорота Вітт пише "більшість самогубств серед онкохворих відбувається зовсім не в той момент, коли терапія не дає очікуваного ефекту, а відразу після того, як вони почули діагноз, навіть коли є хороші шанси на вилікування. Це показує, наскільки сильне враження справляють на пацієнта перші слова лікаря".

Підхід до пацієнта, як і підхід лікаря, тісно пов'язаний з комунікативним фоном пацієнта, а також з його віком, статтю, рівнем освіти, психічним станом і, перш за все, станом здоров'я та попереднім досвідом користування медичними послугами. Важливим є також культурний контекст. Дослідження, організоване американською корпорацією Nuance, показало, що для 68% американців і британців низка факторів (вербальне спілкування, зоровий контакт, приватність, рукостискання тощо) впливають на їхнє позитивне сприйняття медичних працівників. З іншого боку, для німців найбільш

важливими є приватність у кабінеті та ексклюзивний доступ лікаря протягом відведеного для прийому часу.

Пацієнт і лікар підпорядковуються жорстким шаблонам процедури співбесіди і обмежені конкретними обстеженнями, які повинні бути проведені, адміністративними вимогами і щойно згаданим часом. Барбара Яценнік зазначає: "Чим коротша зустріч між людьми, які не знають один одного задалегідь, тим гірша якість комунікації. Учасники не мають часу "розігрітися" і налаштувати свій стиль спілкування, передача змісту іноді обмежена і, як наслідок, учасникам легко бути незадоволеними спілкуванням і вважати, що мета розмови не була досягнута". За деякими статистичними даними, лікарю дозволено лише десять хвилин на одного пацієнта. За такий короткий проміжок часу важко надати вичерпні відповіді на запитання. Якщо для лікаря це щоденна робота, до якої він повинен певною мірою дистанціюватися, то для пацієнта рівень задоволення від взаємодії часто залежить від того, чи буде він задоволений, чи ні. Як влучно зауважує Марія Новіна Конопка: "парадоксально, але поспіх не зменшує дефіцит часу лікарів, оскільки, не відповідаючи (...) на запитання пацієнтів, вони залишають їх непоінформованими. Вони шукають відповіді в інших пацієнтів або в Інтернеті, щоб задовольнити свою потребу. Інші, з іншого боку, миряться з існуванням своєрідної інформаційної прогалини, тому не дотримуються належним чином наданих їм рекомендацій. Як наслідок, їхній стан може погіршитися і вимагати повторного медичного втручання. Тому таку економію часу можна назвати тимчасовою або просто позірною".

На думку Юзефа Джулія, пацієнт є тією стороною розмови, яка повинна визначати характер розмови, а лікар повинен пристосовуватися до цього вибору. Під час консультації йому слід уникати спеціалізованої лексики, яку він використовує щодня у спілкуванні з колегами-професіоналами. Цей автор пише "лікар, як і будь-який висококваліфікований фахівець, має специфічний набір виразів, характерний для сучасного стану медичної науки. До цього додаються стихійно вироблені терміни з навколишнього середовища,

поповнюючи запас своєрідного жаргону, повністю зрозумілого лише у світі клінік та амбулаторій". Так професійна мова стає закритою для певної, вузької аудиторії. Це може породжувати небажані соціальні явища "у вигляді блокування міжгрупової комунікації, номенклатурних непорозумінь (...) Мова тоді, схоже, відіграє провідну роль у побудові вторинних стратифікацій". Крім того, накопичення спеціалізованої термінології може викликати страх у пацієнта через незнання того, що з ним відбувається і які аналізи він буде проходити.

Іноді певна поведінка лікаря може спричинити появу або загострення певних патологічних симптомів у пацієнта. Варто навести ятрогенні фактори, які можуть згубно вплинути на здоров'я пацієнта. Це, наприклад, відсутність аналогії між мовним спілкуванням і невербальними сигналами (які можуть включати міміку, інтонацію, положення тіла або жестикуляцію). Пацієнт може відчувати себе розгубленим і розгубленим, коли виникає проблема з інформуванням, або коли його дивують обстеженнями, або коли він стикається з суперечливими рішеннями персоналу щодо його долі, а також з нетерпінням і роздратуванням по відношенню до лікарів.

Непрофесіоналізм лікаря проявляється у ставленні до пацієнта з поблажливою зверхністю, іронізуванні або висміюванні його переконань. Неприпустимо не виконувати свої обіцянки або відмовчуватися, так само неприпустимо проявляти небажання по відношенню до пацієнта, коли він просить направити його на додаткову консультацію до іншого фахівця.

Хороший лікар не заперечує емоцій пацієнта, а висловлює свою повагу до них. Спеціаліст, який має найкращі інтереси іншої людини в серці, буде ставитися до них суб'єктивно. Як пише Марія Новіна Конопка: "проявами такого ставлення є ознайомлення з результатами обстеження пацієнта перед розмовою з ним, пряме звернення до пацієнта, встановлення з ним зорового контакту або звернення до пацієнта з повагою, тобто з усіма формами ввічливості. Суб'єктивне ставлення також означає однаковий підхід до всіх,

незалежно від їхнього поточного стану здоров'я або того, ким вони були до того, як захворіли" [24].

Абсолютно неприпустимо ставитися до своєї професії як до експериментального дослідження, а до пацієнта - як до цікавого випадку або "чергового об'єкта в списку". Ян Качковський, доктор богословських наук, біоетик, організатор і директор хоспісу "Пак" святого Падре Піо, в інтерв'ю з Міхалом Гонсьором згадує розмову з хворою жінкою: "Для неї не була найгіршою новина про рак, а те, як її відсторонили від операції, в коридорі, в проході. "Ми вас не будемо оперувати. Будь ласка, зателефонуйте своїй родині". Що насправді означає: "Нам на вас начхати". Потім, правда, про неї намагалися піклуватися професійно, але її так били по голові, що вона не витримала".

Однак не все залежить від доброї волі лікаря і терпіння пацієнта. Барбара Яценнік зазначає, що існують фактори соціального та організаційного середовища закладу, які неабиякою мірою впливають на якість взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. До них відносяться: доступність і час консультацій, заздалегідь встановлений конкретним закладом, тип необхідних і прийнятних видів діяльності фахівця, процедури, пов'язані з відшкодуванням медичних послуг Національним фондом охорони здоров'я, правила, пов'язані з реєстрацією пацієнтів, правила і норми, пов'язані з документуванням консультацій, призначень і направлень, правила, пов'язані з медичною відповідальністю і страхуванням на випадок небажаних лікарських помилок.

Надзвичайно важливими є умови, в яких працює медичний заклад, "а вони, в свою чергу, залежать від макроекономічного та організаційного середовища: структури власності, контрактів закладу з Національним фондом охорони здоров'я, типу послуг, що надаються.

Всі вищезазначені елементи впливають на специфіку комунікації між лікарем і пацієнтом та їхнє ставлення один до одного. Крім того, важливе значення має дизайн будівлі та її просторове розташування. Психологічний комфорт, що забезпечується підвищеним ступенем приватності в розмові про

хворобу, призводить до скорочення дистанції між співрозмовниками, що пов'язано з підвищеним почуттям безпеки для пацієнта. Тому важливо пам'ятати про закриті двері хірургічного кабінету і необхідність вести безперервні інтимні бесіди без зайвих втручань з боку інших пацієнтів або персоналу закладу.

ВИСНОВКИ

Визнана важливість міжособистісної комунікації для забезпечення гнучкості будь-якої організації зумовлює необхідність постійного вдосконалення цих процесів. У випадку закладів охорони здоров'я важливим параметром оцінки цієї ефективності є безпека співпраці всіх членів організації та безпека пацієнтів.

Менеджери, які керують лікарнями, не нехтуючи очевидними і професійними діями, спрямованими на поліпшення якості медичної допомоги, все ще недостатньо ефективно використовують можливості поліпшення міжособистісної комунікації. Це, безсумнівно, є слабкою ланкою у функціонуванні медичних колективів. Звідси випливає необхідність скористатися наявними можливостями для того, щоб люди в лікарні могли спілкуватися більш ефективно. Різноманітні форми навчання, що дозволяють розвивати соціальні компетенції, як керівників, так і персоналу лікарні, видаються пріоритетними. Керівникам слід надавати конкретні рекомендації, щоб модифікація їхнього стилю управління була спрямована на покращення внутрішніх комунікаційних процесів у лікарні, які є передумовою безпеки людей та їхньої діяльності.

Завданнями для менеджерів завтрашнього дня у забезпеченні ефективності міжособистісної комунікації є

- створення умов для діалогу та творчої комунікації в охороні здоров'я
- пошук можливостей включення якомога більшої кількості учасників системи охорони здоров'я в загальний діалог, посилення їх взаємозалежності та відчуття спільних цілей і цінностей
- сприяння розвитку партнерських, а не субординаційних відносин у всіх напрямках і зв'язках (лідерство та маркетинг відносин)
- сприяння прийняттю змін, забезпечуючи при цьому ефективну комунікацію.

У відносинах між лікарем і пацієнтом панував відомий штамп, про який ми вже згадували: "Питання реімбурсації ліків вирішуватиме НСЗУ". Виявилося, що уряду довелося домовлятися з лікарями та фармацевтами, які не хотіли, щоб з них стягували гроші за неправильні рецепти та відпуск ліків. Спроба контролювати фармацевтичний ринок спровокувала конфлікти за участю професійних корпорацій лікарів і фармацевтів, сторонами яких стали Міністерство охорони здоров'я та НФЗ. У переговорах використовувався аргумент "блага пацієнта", якого в черговий раз принизили і позбавили можливості захищати своє здоров'я. Виявилося, що внесені зміни значно ускладнили становище пацієнтів, а для лікарів та фармацевтів збільшили навантаження та фінансові наслідки у разі помилок при виписуванні рецептів. Для деяких груп хронічно хворих пацієнтів вони створили реальну загрозу здоров'ю та життю. Пацієнтський омбудсмен безпорадно порадив "пацієнту шукати доброзичливого фармацевта", який видасть ліки, незважаючи на зазначений штамп. Ця ситуація підтверджує початкову тезу статті про те, що відносини між лікарем і пацієнтом визначаються зовнішніми факторами, які суттєво формують їхні контакти. Міністерство вбачає вихід із кризи в охороні здоров'я, серед іншого, у подальшій комп'ютеризації послуг.

Чи вирішить проблеми пацієнтів запровадження електронної картки пацієнта або центрального реєстру застрахованих осіб? Хоча люди все частіше користуються Інтернетом як джерелом знань про здоров'я і хвороби, пропозиція надавати медичні послуги за допомогою телемедицини не викликає ентузіазму. Технізація та роботизація медицини є процесом цивілізаційного розвитку протягом багатьох років, і від нього немає вороття, оскільки це полегшує роботу лікарів, а пацієнти отримують вигоду від покращення якості послуг. Однак наступний етап технізації, пов'язаний з використанням ІКТ, вимагає зміни соціальних установок, особливо пацієнтів. Соціолог повинен звернути увагу на, здавалося б, очевидні факти: не всі пацієнти, лікарі та медичні установи мають доступ до інформаційних технологій, що може стати причиною нової форми соціального виключення,

частина лікарів старшого покоління ігнорує нові способи комунікації з пацієнтами і негативно ставиться до Інтернету, крім того, більшість людей ментально не готові довірити інформацію про своє тіло і здоров'я так званій "віртуальній реальності". Нові сценарії взаємовідносин між лікарем і пацієнтом будуть легше сприйняті лише поколінням, яке виросло і дозріло інтелектуально разом з комп'ютером та Інтернетом. Тому, незважаючи на численні зміни у відносинах "лікар-пацієнт", зумовлені цивілізаційними досягненнями біомедичних наук і розвитком нових засобів і форм комунікації, очікування багатьох літніх пацієнтів вкладаються в рамки наукової моделі взаємовідносин, в якій безпосередній міжособистісний контакт з медичним працівником створює основу для діалогу і щирої розмови про хворобу і прогнози здоров'я. Залишається проблема артикуляції цінностей, норм і принципів, які мають бути основою культури довіри у відносинах між лікарем і пацієнтом.

Варто докласти максимум зусиль, щоб люди, які приходять до медичних закладів, були оточені доброзичливою та комфортною атмосферою, яка заохочує до подальших візитів, а не аурую, що посилює відчуття самотності та анонімності. Погана комунікація між лікарями і пацієнтами може сприяти відмові від профілактичної допомоги або її скороченню, культивуванню домашнього лікування, наркоманії, проведенню абсолютно непотрібних обстежень замість рекомендованих, запізнілій постановці діагнозу, що може бути пов'язано з відмовою від госпіталізації.

Довгостроковими соціальними наслідками неефективної комунікації між лікарями і пацієнтами є, як правило, втрата часу пацієнта і лікаря, марнування приватних і державних грошей і державних коштів, а також ескалація негативних явищ у поведінці щодо здоров'я та використання медичної допомоги, які призводять до погіршення показників стану здоров'я в суспільстві.

Підсумовуючи, можна сказати, що цінність особистого спілкування ніколи не буде замінена сучасними технологіями, незважаючи на те, що вони

значно полегшують наше життя сьогодні. Це пов'язано, серед іншого, з природою людини, яка є соціальним індивідом і потребує фізичного, підтримуючого контакту з іншою людиною, особливо коли бореться з хворобою. Перш за все, під золотим стандартом слід розуміти гнучкий і емпатичний підхід до кожного пацієнта, візит якого обмежений жорсткими часовими рамками, ставлячи його або її як рівноправного партнера в розмові, хоча б заради ситуації, в якій він або вона часто відчуває себе загубленим і наляканим. Пацієнти, якою б великою і люблячою родиною вони не були оточені, завжди залишаються наодинці зі своєю хворобою. Така людська доля. І людина, яка найкраще здатна зрозуміти їхні страждання, - це лікар.

У свою чергу, лікар, як людина, що постійно має справу з різними типами особистості, повинен проходити щорічну психологічну підготовку. Варто зазначити, що деякі пацієнти характеризуються дуже вимогливим ставленням і через свою хворобу вважають, що це звільняє їх від будь-якої грубості по відношенню до лікаря. Пацієнтам прощають слабкості, лікарям - практично ніколи. Якщо ви помилилися, вам навряд чи це зійде з рук. З іншого боку, якщо ви зробите щось правильно, це буде вважатися нормою. Дуже сумно, що про лікарів в основному говорять з точки зору помилок, яких вони припускаються, черг на операції і багатомісячного очікування на прийом або процедуру. Але чи хтось замислюється, наскільки ці черги залежать від лікарів? Чи замислюється хтось над тим, що порушення прав пацієнта найчастіше рівнозначне порушенню прав лікаря.

Представлене дослідження, звичайно, не вичерпує всіх нагальних питань, що стосуються порушеної проблеми, і не пропонує всіх можливих рішень, які можна було б запровадити. Вона є лише спробою привернути увагу до такого часто ігнорованого питання, як належна комунікація між пацієнтом і лікарем. Без перебільшення можна сказати, що від його якості залежить майбутнє наступних поколінь.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безкоровайна Г.О. Базові моделі взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я // Тези доповідей Всеукраїнської науково -практичної конференції з міжнародною участю [«Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки »], 28 травня 2021 р. Тернопіль. 2021.
2. Безкоровайна Г.О. Імплементация психологічних аспектів у взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я // Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції [«Сучасний стан розвитку економічних та інноваційно-інвестиційних процесів»], 11 вересня 2021 р. Одеса. 2021.
3. Білинська М.М. Управління змінами в сфері охорони здоров'я. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. 2015. 80с.
4. Борщ В. І., Рудінська О. В. Формування професійної компетентності менеджера закладу охорони здоров'я. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2020. Том 18. Вип. 2 (42). С.96-104
5. Булах І.С., Кузьменко В.У., Помиткін Е.О. Консультативна психологія: підручник. Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова, Ін-т соціології, психології та соц. комунікацій. Вінниця: Нілан, 2014. 484 с.
6. Вітенко І.С. Сімейна медицина. Психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 187с.
7. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 39-46.
8. Галіяш Н. Комунікативні навички в медицині : посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2019. 132 с
9. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
10. Документи діяльності МЦ «Центр здорової шкіри».

11. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. Європейський вектор економічного розвитку. 2016. № 1 (20).с. 51-59
12. Жаліло Л.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально - економічних реформ в Україні. Державне управління: теорія та практика: електрон. наук. фах. журн. ПКЕ: www.nbuiv.gov.ua
13. Зайцев О. Алгоритм проведення акредитації закладу охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2017. № 2. С. 22-29
14. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спис Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.; К., 2017. 208 с.
16. Етичний кодекс лікаря України // *Новости медицины и фармации*. 2009. № 17 (291). С. 1-6.
17. Ісаєнко Р. Порядок проходження атестації лікарями. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2014. № 9. С. 34-49
18. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. Методичні рекомендації / Г.О. Слабкий, В.В. Шафранський, І.С. Миронюк, В.В. Кручаниця. Київ, 2016. 20 с.
19. Кривенко Є. М. Аналіз розвитку інформатизації системи охорони здоров'я та телемедицини. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік* : монографія. К., 2011. С. 231-241
20. Карамішев Д.В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я: дис. д-ра наук держ. управління: 25.00.02. Донецьк, 2007. URL: <http://disser.com.ua/content/252705.html>
21. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Лісничук Н.Є. та ін. Алгоритми спілкування студентів (лікарів) з пацієнтами (методичні рекомендації). Тернопіль: ТДМУ, 2009. 40 с.
22. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>

23. Кривенко Є.М., Ситенко О.Р. Роль комунікації та PR-технологій у взаємодії галузі охорони здоров'я і громадськості. URL: file: Uzn_2013_4_19.pdf
24. Критерії оцінювання якості роботи головних та старших медичних сестер медичного закладу: інформаційно-оціночний документ. URL: emedsestra.m CFR.ua/article.aspx?aid=462276
25. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції: автореф. дис. канд.наук з держ.упр. спец. 25.00.02 «Механізми державного управління». Київ, 2006. 20 с.
26. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Крячкова Л. В., Шевченко М. В. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги - досвід пілотних регіонів. Wiadomaosci Lekarskie 2014, Tom LXVII, gr.2czesc. II, P. 210-214.
27. Лікар і пацієнт: обираємо тактику спілкування. URL: <https://www.vz.kiev.ua/likar-i-patsiyent-obyayemo-taktyku-spilkuvannya/>
28. Медична психологія: підручник / С.Д. Максименко, Я.В. Цехмістер, І.А. Коваль, К.С. Максименко ; за загальною ред. С.Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с.
29. Медична психологія: державний національний підручник / І.Д. Спіріна, І.С. Вітенко, О.К. Напрєєнко та ін. Дніпропетровськ: ЧП «Ліра» ЛТД, 2012. 444 с.
30. Мельник А. Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій : навч. посіб. / За ред. А. Ф. Мельник. Київ : ВД «Професіонал», 2006 р. 464 с
31. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. авторів за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т. Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
32. Мухаровська І. Особливості комунікації лікаря з родиною пацієнта // Психосоматична медицина та загальна практика. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/211>

33. Назар П.С. Основи медичної етики. Тернопіль, 2007. 280 с.
34. Науковий менеджмент в медицині URL: http://angioveritas.com/innovatsij_i/naukovo_innovatsij_nyj_menedzhment/naukovyjmenedzhment-v-medytsyni
37. Організація соціологічних опитувань пацієнтів / їх представників і медичного персоналу у закладах охорони здоров'я/ за ред. Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України М.К. Хобзей. Семейная медицина. №5. (67). 2016
38. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992р. № 2801-XII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
39. Правила перебування у закладі пацієнтів та відвідувачів. URL: https://egolovlikar.m CFR.ua/article.aspx?aid=591637&utm_source=medsprava.com.ua&utm_medium=refer&utm_campaign=content_link
40. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід, 2020. 72 с.
41. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
42. Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955. Офіц. вісн. України. 2002. № 28. С. 13-24.
43. Психологічні аспекти професійного вигорання серед медичних працівників - погляд на проблему / С. М. Андрейчин, Н. А. Бількевич, І. І. Ганьбергер [та ін.] // Сучасні здоров'язбережувальні технології : монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Х. : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2018..
44. Рожкова І., Жаліло Л., Мартинюк О. Методологічні засади управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: аспекти впровадження первинної медико-санітарної допомоги. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2013/11/2012-4-16.pdf>

45. Свінціцький А.С. Взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом як запорука ефективності здійснюваного лікування // *Медична етика*. Том 8. №4. 2019. URL: <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/view/502/430>
46. Солоненко І.М. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: теорія та практика*.: 2018. № 2. URL: www.nbu.gov.ua
47. Степурко Т., Грига І. Компетенція адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи. Аналітична записка НСЗ. 2013. Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. 12 с. URL: http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_Briefng_Series/2013/PB_03_2013_ukr.pdf
48. Технологія управління закладом охорони здоров'я.: дайджест /Укладач: Г.Я. Єржак. Дніпропетровськ: ДОНМБ, 2016. вип.4. с.16
49. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. Європ. прогр. Міжнар. фонду Відродж. «Розвиток співпраці аналітичних центрів України та країн Західної Європи». К.: Дизайн і поліграфія, 2012. 158 с.
50. Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря. Київ: Центр учбової літератури, 2015. 334 с.
51. Хренов М. Автономізація закладів охорони здоров'я - це про конкуренцію. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2017 . №10. С. 16-19
52. Худякова А. Що таке Expertus: Медзаклад і чому без нього складно буде уявити свою роботу. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2018 . №3. С. 34-38
58. Чехун І. А. Надання платних медичних послуг: цивільно -правові аспекти. Часопис Київського університету права. 2010. № 2. С. 213-216
59. Шкарівська І. Лікарі неякісно ведуть медичну документацію: яких неприємностей чекати . *Управління закладом охорони*. 2018. №1. С. 1631

60. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159.
61. Шкільняк М.М. Вектори модернізації менеджменту закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Мат. доп. Всеукраїнської наук.-практ. конференції з міжнародною участю. Тернопіль - Кам'янець-Подільський: ТНЕУ, 2018. С. 332-336
62. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Ж.Л.Крисько, І.О.Демків. Менеджмент: навчальний посібник, Тернопіль.: Крок, 2017. 351с.
63. Щербінська О. С. Шляхи оптимізації безперервного професійного розвитку лікаря. *Health of woman*. 2016. №8 (114). С.119-120
64. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116-120.
65. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, et al. *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University press; 2015.
66. Griffin RW. *Podstawy zarządzania organizacjami*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2017.
67. Jasiński T, Sztejnberg A. *Doskonalenie pracy pielęgniarstka - edukacja, kompetencje, komunikacja, jakość*. Płock, Polska: Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica - Wydawnictwo Naukowe NOVUM; 2013.
68. Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. *Komunikacja między ludźmi - motywacja, wiedza i umiejętności*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
69. Juchowicz M, red. *Najlepsze praktyki w zarządzaniu kapitałem ludzkim - metodyka badania, opisy przypadków*. Warszawa, Polska: Oficyna Wydawnicza SGH; 2011.
70. Frączkiewicz-Wronka A, Austen-Tynda A, red. *Przywództwo w ochronie zdrowia - idee i instrumenty*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2009.

71. Kozuch B. Nauka o organizacji. Warszawa, Polska: CeDeWu; 2010.
72. Walshe K, Smith J, red. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Kraków, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2011.
73. Tyrańska M, red. Współczesne tendencje w zarządzaniu zasobami ludzkimi. Warszawa, Polska: Difin; 2012.
74. 2012.
75. Głowacka MD, Mojs E, red. Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2010.
76. Dobska M, Rogoziński K, red. Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
77. Banaś T, Filarski T, Mikos M, Pochopień P; Pochopień P, red. Dokumentacja medyczna. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2012.
78. Meller D, Milik A. Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej. Zarządzanie i Finanse. 2014;12(2):133-144. http://zif.wzr.pl/pim/2014_2_9.pdf. Dostęp 17.06.2020.
79. Kluszczyńska M, Włodarczyk I. Wpływ komunikacji werbalnej i niewerbalnej na współpracę między pielęgniarką a pacjentem. Piel Zdr Publ. 2019;9(4):273-278. doi:10.17219/pzp/103375
80. Chojnowski, M. Standardowe i niestandardowe zachowania językowe lekarzy i pacjentów. Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne. 2016;12(2):80-103. doi:10.21784/ZC.2016.011
81. Krot K. Zaufanie w relacji lekarz - pacjent - implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Warszawa, Polska: CeDeWu; 2019.
82. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? J Clin Diagn Res. 2015;9(3):JE01-JE04. doi:10.7860/JCDR/2015/12072.5712
83. Nęcki Z. Poziom wiedzy o zarządzaniu i opinie o szkoleniach w środowisku lekarzy i pielęgniarek. W: Fechner AN, Nęcki Z. Bezpieczeństwo zdrowotne - ujęcie interdyscyplinarne. Podmioty, środowiska i obszary wyzwań oraz

- zagrożeń zdrowotnych. T. 1. Poznań, Polska: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa; 2015.
84. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU z 2020 r., poz 849.
85. Karkowska D. Prawa pacjenta. Warszawa, Polska: Polskie Wydawnictwa Profesjonalne; 2004.
86. Stępniewski J, Karniej P, Kęsy M, red. Innowacje organizacyjne w szpitalach. Kraków, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2011.
87. Narodowy Fundusz Zdrowia. Prawa pacjenta. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/prawa-pacjenta/>. Dostęp 10.07.2020.
88. Carmi A, red. Świadoma zgoda. Wrocław, Polska: MedPharm Polska; 2007.
89. Szymura-Tyc M. Marketing we współczesnych procesach tworzenia wartości dla klienta i przedsiębiorstwa. Katowice, Polska: Akademia Ekonomiczna w Katowicach; 2005.
90. Group of WHO Patient Safety. Human Factors in Patient Safety: Report for Methods and Measures Working. Review of Topics and Tools. Genewa, Szwajceria: World Health Organization; 2009. https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf. Dostęp 17.06.2020.
91. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. DzU z 2015 r., poz 1261.
92. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz W, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202