

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу**

**ТЕМА**

**Міжособистісна взаємодія лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я**

спеціальність 073 «Менеджмент»  
освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я  
Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконав здобувач: Нищота Андрій

Науковий керівник:

к.е.н., доцент Овсянюк-Бердадіна О.Ф.

Кваліфікаційну роботу допущено до  
захисту «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_  
підпис

ТЕРНОПІЛЬ – 2021

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	3
<b>РОЗДІЛ 1 Теоретико-методичні засади комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я</b>	6
1.1 Суть комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта в системі охорони громадського здоров'я	6
1.2 Методичні засади ефективної взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я	14
Висновки до розділу 1	20
<b>РОЗДІЛ 2 Аналіз прикладних засад взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я</b>	21
2.1 Дослідження функціонального забезпечення діяльності Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки	21
2.2 Аналіз специфіки взаємодії лікаря та пацієнта у стоматологічному закладі	29
2.3 Оцінка розвитку професійних компетентностей менеджера закладу охорони здоров'я як передумови ефективної взаємодії лікаря та пацієнта	37
Висновки до розділу 2	42
<b>РОЗДІЛ 3. Модель комунікацій медичного закладу та пацієнтів в рамках удосконалення системи громадського здоров'я</b>	44
3.1 Удосконалення базових засад комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта в системі громадського здоров'я	44
3.2 Імплементация психологічних інструментів у взаємодію лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я	50
Висновки до розділу 3	56
<b>ВИСНОВКИ</b>	58
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	62
<b>ДОДАТКИ</b>	69

## 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. [3], Галіяш Н. [7], Зливкова В.Л., Лукомської С. [15] та інших. Вивченню специфіки комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта була приділена увага низки вчених, зокрема Ковальчук Л. [21], Кривенка Є. [23], Мухаровської І. [32] та у монографічному дослідженні "Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я" за редакцією професора Шкільняка М. [31].

**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 комунального некомерційного підприємства "Тернопільська стоматологічна поліклініка" Тернопільської міської ради;
- 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 комунікаційну взаємодію 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 систему взаємодоповнюючих та взаємопов'язаних 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: "Базові моделі взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я" у Збірнику тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки", Західноукраїнський національний університет (м. Тернопіль, 28 травня 2021 р.) та тези доповіді на тему: "Імплементация психологічних аспектів у взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я" у Збірнику тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції "Сучасний стан розвитку економічних та інноваційно-інвестиційних процесів", Центр економічних досліджень (м.Одеса, 11 вересня 2021 р.).

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота, змістове наповнення якої викладено на 61 сторінці, складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних джерел із 65 найменувань, трьох додатків, містить 8 таблиць та 1 рисунок.

# **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**

Конституція України гарантує кожній особі право на охорону здоров'я, тобто, кожний вітчизняний резидент, так само, як і іноземець або особа без громадянства, котрі на легітимних підставах перебувають на території України, мають право на охорону власного здоров'я. Охорона здоров'я забезпечується комплексною функціональною діяльністю публічних органів та організацій, робота яких передбачена Конституцією України [22].

"Права кожного на охорону здоров'я визначаються статтею 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я" [38]. Ці права охоплюють життєвий рівень, включаючи їжу, житло, медичний догляд, одяг, соціальне обслуговування та соціальне забезпечення людини, що є необхідними для підтримання його здоров'я; безпечне для належного здоров'я й життя навколишнє середовище; санітарно-епідемічний стан території, де вона проживає; безпечні умови навчання, побуту, праці, відпочинку.

Таким чином, кожна людина має невід'ємне природне і непорушне право на охорону здоров'я, при цьому дана можливість є об'єктивною за своїми характеристиками, і тільки при зверненні громадянина до закладу охорони здоров'я таке право стає суб'єктивним і така особа стає пацієнтом.

Вітчизняна інституційна база досить часто використовує дефініцію "пацієнт", хоча й не містить чіткого його визначення. Узагальнивши змістове наповнення низки нормативних актів, можна зробити висновок, що пацієнт є особою, котра, незалежно від його стану здоров'я, звернулася до закладу охорони здоров'я або окремого медичного працівника за консультацією чи наданням медико-санітарної допомоги.

Внаслідок цього при взаємодії між лікарем і пацієнтом у останнього виникають специфічні права та обов'язки, зокрема:

- "право на отримання правдивої і повної інформації про стан власного здоров'я, зокрема й на ознайомлення з певними медичними документами, що стосуються його здоров'я;

- право на надання особистої згоди щодо застосування певних методів діагностики, лікування, профілактики та право відмовитись від певного алгоритму лікування;

- право на вільний вибір лікаря та відповідний вибір методик профілактики й лікування відповідно до його рекомендацій;

- право на таємницю, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, відомості, одержані при медичному обстеженні стану власного здоров'я;

- право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших категорій медичних працівників, нотаріуса та адвоката, членів родини в тому числі опікунів чи піклувальників, представників церкви для здійснення релігійного обряду;

- право спрямовуватися для лікування за кордон у разі неможливості її надання в закладах охорони здоров'я України;

- право на відшкодування шкоди, яка заподіяна здоров'ю;

- можливість проведення медичної незалежної експертизи у випадку незгоди особи з висновками проведеної медичної експертизи, використання до особи заходів примусового лікування, коли можуть бути ущемлені загально визнані права інших громадян;

- право на оскарження рішень і дій працівників закладів охорони здоров'я, які є неправомірні" [38].

При цьому, обов'язки у пацієнтів впливають з прав лікаря, а не визначаються прямо. Зокрема відповідно до статті 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я медичний працівник "володіє правом відмовитися від ведення подальшого пацієнта, якщо він не виконує правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я чи медичних приписів,

за передумови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення" [38].

Медичний працівник не несе відповідальності у разі відмови останнього від медичних приписів за здоров'я хворого або порушення ним встановленого для нього режиму. Таким чином, до обов'язків пацієнтів відноситься обов'язок виконання медичних приписів лікаря та виконання правил внутрішнього розпорядку у закладі охорони здоров'я. У цьому контексті доцільним є аналіз найбільш із застосованих прав пацієнтів.

Право на вибір методів лікування й вільний вибір лікаря передбачає, що кожна особа, котрий досяг чотирнадцятирічного віку і звернувся щодо надання йому медичної допомоги, отримує право щодо вільного вибору лікаря, якщо той може запропонувати вибір методів лікування та низку медичних послуг відповідно до медичних рекомендацій. При цьому лікуючий лікар може безпосередньо обиратися пацієнтом чи призначатися менеджером закладу охорони здоров'я або окремого структурного підрозділу. Базовими обов'язками лікуючого лікаря є кваліфіковане, повне та своєчасне лікування й обстеження пацієнта, при цьому пацієнти володіють правом заміни лікаря. Зазначене право є принциповими для пацієнтів, оскільки надають можливість йому лікуватися у фахівця, якого самостійно обирають та довіряють.

Однак, на практиці не повною мірою реалізується таке право пацієнта, оскільки базова профілактична та лікувальна допомога надається як правило за територіальною ознакою лікарями загальної практики чи сімейними лікарями. Поряд з цим, необхідно зазначити, що право на вибір лікаря узгоджується ще з одним бузумовним правом пацієнта щодо допуску до нього інших медичних працівників.

"Право на отримання комплексної, всебічної, повної, достовірної інформації про стан свого здоров'я встановлено статтею 285 Цивільного кодексу України" [56]. У цьому напрямку зобов'язаний медичний працівник подати пацієнтові інформацію в доступній формі про стан його здоров'я,



мету досліджень, запропонованих лікувальних заходів, екстраполяцію можливої траєкторії захворювання, зокрема наявність ризику для здоров'я й життя. Згідно вимог інституційної бази, якщо інформація про нездужання пацієнта може ускладнити стан його здоров'я чи зашкодити алгоритму лікування, мають право медичні працівники обмежити можливість їх ознайомлення з низкою медичних документів чи надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта.

Таким чином, важливою передумовою для отримання пацієнтом медичної допомоги є право на інформацію про стан свого здоров'я, оскільки тільки від повної інформації залежить майбутнє прийняття пацієнтом рішення щодо лікування. При цьому, право на інформацію інституційно узгоджене з правом на інформовану згоду про застосування інструментів діагностики, лікування, профілактики й правом відмовитись від лікування.

Для застосування методів профілактики, діагностики, лікування потрібна інформована згода пацієнта. У складних випадках, коли реальна загроза життю пацієнта є бузумовною, згода на медичне втручання не потрібна хворого чи його законних представників.

Згідно зі статтею 286 Цивільного кодексу України особа володіє правом на таємницю про функціональний стан власного здоров'я, діагноз випадки звернення за медичною допомогою, а також про інформацію, одержані при її медичному обстеженні. Таким чином, пацієнт повинен бути впевнений у приватності не тільки діагнозу, але й безпосередньо факту звернення до медичного працівника, що відображає гарантії пацієнтів на приватне життя.

З позиції суспільних відносин фах лікаря належить до "професій у системі "індивід-індивід" та передбачає високу частоту міжособистісних контактів, оскільки лєвова частина робочого часу працівника медицини передбачає психоемоційні перевантаження, письмове або усне спілкування, потребою швидко діяти в складних ситуаціях та приймати життєво важливі рішення тощо" [5].

Комунікативна компетентність на засадах ефективності охоплює здатність керувати своєю поведінкою в спілкуванні, повно отримувати інформацію, її аналізувати та оперативно транслювати співрозмовнику, отримувати результати поставленої мети через "переконавання та спонукування до дії, отримувати додаткову інформацію про психоемоційний стан співрозмовника на основі невербальних сигналів та прогнозувати його реакції тощо" [23].

Як засвідчують ряд досліджень, медичні працівники, котрі здатні своєчасно виявляти та ефективно реагувати на емоційні прояви пацієнтів, винаходять підхід до взаєморозуміння з пацієнтами, активно володіють комунікаційними навичками, є більш успішними фахівцями та менше охоплені професійним вигоранням [32].

Від початку формування концепцій медицини виникали не раз спроби систематизації етичних й комунікаційних засад діяльності лікаря. "Індійські історики медицини перші правила моралі для лікарів зв'язують з індійським медиком Чараки (1000-800 рр. до н.е.) [15]. Теоретичні підвалини для медичних працівників етичних норм вперше обґрунтував у «Corpus Hippocraticum» представник асклепіадів як лікарської школи Гіппократ (460-377рр. до н.е.). Ця праця дійшла до наших часів й становить фундамент сучасної лікарської етики. Вважається, що Гіппократ був піонером щодо доведення необхідності індивідуального підходу до пацієнтів" [15].

Очевидно, що лікар не повинен забувати про те, що кожен індивід має свої характерну специфіку фізіологічного, фізичного, психічного здоров'я. Без індивідуалізованого алгоритму та якісної комунікаційної взаємодії не може бути відної ідентифікації хвороби та її ефективного лікування. Впливають різні етіологічні чинники на прояви хвороби, але комплексну картину захворювання формує сам пацієнт із його соматичними і психічними власними характеристиками, яка потребує індивідуальної парадигми взаємодії лікаря та пацієнта.

Впродовж трансформації розвитку медицини базою стосунків між пацієнтом й лікарем є і залишається довіра. При цьому вважається, що висока фаховість лікаря полягає у тому, щоб варіювати й індивідуалізувати інструменти власного впливу на пацієнта. Досвідчений професіонал висловлює власні думки так, щоб вони не породжували неспокою в пацієнта та були зрозумілі.

Сила лікаря з моральної позиції, котрий забезпечує довіру до себе з позиції пацієнта, полягає насамперед у оптимізмі й фаховій упевненості, які базуються на компетентностях і досвіді. У основі цієї впевненості є вагоме переконання в потужності науково доказової медицини та потенційних можливостях застосування її досягнень на практиці.

Фахова впевненість й належна комунікація є доброю якістю лікаря, котра підвищує в очах пацієнта його авторитет й таким чином зміцнює до нього відчуття довіри.

Ще у 1948 році було задекларовано як кодекс моральних засад діяльності лікаря Женевську декларацію, котра є сучасним варіантом клятви Гіппократа, яка зумовлює обов'язок лікаря віддати власне життя людям, визначивши пацієнтове здоров'я власною головною турботою, не допускаючи впливу якихось упереджень щодо реалізації власних обов'язків як квінтесенції поваги до людського життя.

Однак у медицині вітчизняній довший час не було документа, який би декларував етичні й моральні принципи діяльності лікаря, при цьому варто зазначити, що основи моральних правил, застосовувалися ще в стародавні часи.

"Відомий польський лікар Владислав Беганьські писав, що якщо б лікарська практика не мала жодного ефективного засобу щодо боротьби з хворобою, тоді й медичні працівники були б потрібні, як "утішники у хворобі, ... і не буде добрим лікарем та особа, яка не є доброю людиною»"[65].

Таким чином, щоб отримати довіру хворого, лікарю не достатньо бути професіоналом своєї справи, важливо знати, що саме потрібно йому повідомити, вміти знайти підхід до пацієнта. Тому кожна розмова лікаря з пацієнтом охоплює інформацію про характер захворювання, обґрунтування алгоритму лікування та прогнозування можливих результатів. Щодо причин захворювання повідомляє пацієнтові лікар у такому обсязі, щоб він знав, як уникнути запобігти загостренню чи зараження інших осіб, а з іншого уявив потребу у лікуванні. Якщо фактори і причини хвороби до кінця не з'ясовані, то така інформація уникається, щоб не підірвати в успіх лікування віру пацієнта.

Ознайомлюючи пацієнта з результатами інструментальних й лабораторних методів діагностики та пояснюючи йому їх значення, медичний працівник у взаємодії з пацієнтом зазначає, що вони не є об'єктивними по суті, оскільки їх потрібно оцінювати лише в співвідношенні з інформацією анамнезу і фізичного обстеження, якими лікар досконало повинен володіти. Інформація щодо результатів цього ознайомлення залежить як від характерологічних особливостей пацієнта так і від характеру захворювання.

Очевидно, що у цьому контексті лікар враховує, що є пацієнти, які недбало відносяться до власного здоров'я, недооцінюють серйозність недуги або намагаються абстрагуватися. Лікар у взаємодії з такими групами пацієнтів пояснює небезпеку цього ставлення до власного здоров'я й переконує їх у потребі дотримуватися певних принципів і дій.

Таким чином, міжособистісна взаємодія лікаря та пацієнта є мистецтвом, для якісного та повноцінного оволодіння яким треба мати багаторічний досвід, високу фахову підготовку, а також вміти зрозуміти психологічний стан пацієнта, оцінити характер його особистої діяльності. Очевидно, що з одними пацієнтами медичний працівник проводитиме бесіду в співчутливому тоні, з іншими - імперативному чи в емоційно нейтральному.

При цьому, зовнішній вигляд лікаря, культура спілкування, його методика обстеження не повинні викликати у хворого негативної реакції. Контакт лікаря з хворим може зумовити появу нервозності чи страху, а тому в розмові медичний працівник повинен уникати дефініцій і виразів, неясних для пацієнта, що можуть викликати сумніви, побоювання, неспокій.

Ще на першому Українському з'їзді терапевтів у 1926 році було виголошено основні принципи взаємодії лікаря з пацієнтами, зміст яких подано у таблиці 1.1.

*Таблиця 1.1*

**Базові принципи взаємодії лікаря та пацієнта**

<b>Принцип</b>	<b>Зміст та дія принципу</b>
Створення аури довіри між лікарем та пацієнтом	"отримана інформація стає важливою основою для подальшого об'єктивного обстеження пацієнта" [21]
Надання пацієнту право самому розповісти про хворобу	"подана інформація може бути неповною, оскільки хворі дуже часто не можуть критично оцінити власний стан, часто не вміють або не хочуть розповісти про себе, тому медичний працівник повинен не лише пасивно вислухати пацієнта, але й робити додаткове опитування, непомітно керуючи процесом опитування"[21]
Опитування хворого має реалізуватися доброзичливо	"питання ставити просто, зрозуміло, враховуючи інтелектуальний й фізичний стан хворого, особливості його психіки, інтелектуальний рівень" [21]
Максимальне наближення до хворої людини	"дозволяє виявити такі підходи під час індивідуальної розмови з хворим, які дають можливість найкраще проаналізувати вплив духовних, емоційних, суспільних чинників на його самопочуття" [21]

Примітка. Складено на основі [21]

У ситуації, коли з'являється нова інформація про ускладнення стану здоров'я хворого, необхідна особлива фаховість для наведення контакту, тому, на наш погляд, якісна комунікативність є ключовою ефективною співпраці між пацієнтом й лікарем, яка приносить обопільну користь.

Проаналізувавши базові засади комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта, які визначають організаційні, економічні, правові, соціальні засади охорони здоров'я в Україні, можна дійти висновку, що чинне законодавство та інструментальна база, що регулюють суспільні відносини у цій галузі, містить низку деталізованих правил міжособистісної взаємодії лікаря та

пацієнта, які вимагають ґрунтованого наукового та прикладного дослідження.

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

Женевська декларація, етичний кодекс лікаря потребують від медичного працівника, щоб здоров'я людини було його найвищим професійним пріоритетом. Міжнародний кодекс медичної етики зазначає, що "медичний працівник зобов'язаний бути відданим пацієнту максимально та на його благо використовувати власні фахові й наукові знання" [40]. Фаховість лікаря визначається як його компетентностями та навиками, так і його вмінням спілкуватися з хворим.

В сучасних діючих принципах медичної етики Американської асоціації лікарів є визначення сутності концепції відносин «лікар-пацієнт»: "Лікар повинен забезпечити фахову медичне обслуговування пацієнта, базоване на повазі людської гідності й співчутті. лікар понен паважати права пацієнта і права колег, медичного персоналу, бути щирим й правдивим ту спілкуванні з ними" [65].

Безпосередня розмова є тим інструментом спостереження і догляду, без якого медичний працівник не зможе застосовувати інші методи. Лікарське уміння спілкуватися допомагає пацієнтам зрозуміти медичного працівника і дає змогу налагодити комунікацію. Тому для успішної фахової діяльності лікар повинен досягнути піку майстерності розмови, її побудови, перетворити на досконалу техніку фахового спілкування.

Кожна суспільна роль залишає завжди якийсь особистий простір, що є базисом для виникнення міжособистісних й психологічних відносин, котрі формуються на емоційному підґрунті на основі певних відчуттів, що виникають між людьми. Ці почуття об'єднують у соціальній психології у дві

комплексні групи: кон'юнктивні - як ті, що зближують, людей та диз'юнктивні - як ті, що роз'єднують людей.

У професійній діяльності лікаря ключовим є його вміння будувати власні стосунки з хворими, їх родинами та колегами, ґрунтуючись на кон'юнктивних почуттях, і звичайно - проектувати їх у спілкуванні .

Одним із найважливіших обов'язків лікаря є відданість інтересам хворого, фахова чесність та збереження в таємниці інформації, що стосується хворого. Доручаючи лікарю власне життя, хворий сподівається на його фаховість, співчуття, милосердя. Пацієнт очікує від медичного працівника співучасті. Отже, співчуття є ключем до формування співпраці з пацієнтом. Лікарю потрібно вміти поставити себе на місце пацієнта та дивитися на світ його очима. Також лікарю потрібно розуміти внутрішню картину захворювання як все те, що переживає й відчуває пацієнт, його уявлення про свою хворобу, про її причини, загальне самопочуття.

Існують декілька концепцій "взаємодії" лікаря і пацієнта:

1. інформаційна у формі: неупереджений лікар - повністю незалежний хворий,
2. інтерпретаційна у формі переконливого лікаря;
3. дорадча у формі довіри і взаємної згоди;
4. патерналістська у формі лікар-опікун" [21].

Серед цих концепцій взаємодії між лікарем і пацієнтом найбільш застосовуваними є патерналістична і партнерська. Тут зазначимо, що довший час традиційною моделлю взаємодії лікар-пацієнт була патерналістична, де медичному працівникові відводилася провідна роль, оскільки він має спеціальні знання і відповідну компетенцію, а хворий повністю довіряє йому.

Основними принципами цієї моделі є такі:

- лікар у фаховій діяльності керується універсалізмом, емоційною нейтральністю, функціональною специфікою;
- парадигма дій лікаря і пацієнта об'єднані між собою, однак позиція лікаря є провідною;

- предметом лікування є хвороба, а не індивід. У цьому аспекті варто зазначити, що українська медицина, вважає навпаки, що лікувати потрібно, насамперед, пацієнта, а не його хворобу;

- медичний працівник призначає та проводить лікування авторитарно, оскільки він краще знає, що для хворого є найкращим; пацієнт при цьому виражає повну готовність до виконання вимог лікаря.

Усе частіше у зв'язку з розвитком медицини стали виникати нові методи лікування, впровадження яких базується не тільки на баченні лікаря, але й на рішенні й сприйнятті пацієнта. Формується новий різновид медицини, при якому хвороба не лікується в повному сенсі цього слова, а використовуваний метод надає хворому фізичне чи психологічне задоволення, зокрема, естетична хірургія. Це зумовило значний ріст рівня суспільної свідомості щодо питань здоров'я, що сформувало партнерську концепцію відносин «лікар - пацієнт», яка полягає в наведеному нижче:

- взаємодія «лікар-пацієнт» формується з точки зору споживача медичних послуг - пацієнта;

- відсутність ігнорації позиції пацієнта, у нього значно зменшується його залежність від лікаря та відсутня апатія до ситуації зі здоров'ям;

- лікар стає радником, партнером, і співучасником лікувального процесу;

- в повному сенсі гасло "лікар знає краще" є не обов'язковим ;

- здоров'я хворого більше залежить від активності його форми, ніж від пасивного дотримання рекомендацій лікаря;

- взаємодія "лікар-пацієнт" є комплексною організованою системою поведінки, якої хворий як споживач медичних послуг має дотримуватись, щоб ефективно й впевнено обговорювати необхідність й значення застосування пропонованих медичних послуг;

- пацієнт обирає лікаря, набуває знань, та альтернативні джерела допомоги, оцінює медичні інтервенційні справи, тобто стає активним,



- прагне до пізнання існуючих проблем у сфері охорони здоров'я.

Запровадження партнерської концепції відносин лікар - пацієнт зумовило значне підвищення вимог до сучасних медиків, серед яких:

- високий рівень фахової компетенції, зокрема глибокі знання з низки спеціальних й загальних клінічних курсів та неперервний постійний професійний розвиток;
- досконале володіння однією іноземною мовою;
- високий рівень моральності, милосердя, національна самосвідомість, активна громадянська позиція;
- системна профілактика виникнення низки захворювань;
- вміння працювати за допомогою сучасних інформаційних технологій;
- вести організаційну та менеджерську діяльність;
- знати медичне законодавство та засади медичного підприємництва;
- не розповсюджувати недостовірну медичну інформацію.

На сьогодні активне застосування технічних сучасних засобів у медицині є одним із факторів дегуманізації лікарської діяльності, що демонструється як лікарська байдужість до хворих, грубість, безтактність тощо. Не рідким фактором скарг є недостатня фаховість лікарів, що зумовлює розвиток тяжких ускладнень, а інколи смерті хворих. Це зумовлено і тим, що медичні технології сьогодення породжують дисбаланс між лікарем та хворим, і цю систему взаємодії умовно відтворюють як "лікар - прилад - хворий". У таких умовах лікар розподіляє увагу між хворим та інформацією, яка надходить з лабораторій й діагностичних кабінетів. Оскільки у лікуванні й обстеженні хворих бере участь багато спеціалістів, увага концентрується на окремій системі органів або певному орфункціональних сфер діяльності організму, це часто створює ситуацію, при якій пацієнт не сприймається як єдине ціле.

Очевидно, що технічні нововведення у медицині значно поліпшили потенційні можливості розпізнавання хвороб, але при цьому меншою увагою наділені особисті спостереження, у лікарів виробляється звичка користуватись тільки технічно-діагностичними даними, зменшується потреба розуміння специфіки хворого, його психологічного стану. Особливо це помітно тоді, коли саме емоційний стан пацієнта визначає тяжкість його хвороби. Саме тому на практиці, для спілкування з малоневищокоосвіченими пацієнтами більше підходить інтерпретаційна концепція, а з обізнаними, котрі вникають в суть проблем із здоров'ям - дорадча концепція.

Поширена раніше патерналістська концепція припускає порушення прав хворого і в наші дні майже не застосовується, за винятком ситуацій, що становлять безпосередню загрозу життю хворогопацієнта (екстрене оперативне втручання, реанімаційні заходи тощо) [15].

У роботі закладів охорони здоров'я бувають різні ситуації і трапляються так, що медики помиляються з діагнозом, призначають неефективне лікування. Інколи, якщо хворий потрапив до лікарні із запущеним етапом хвороби, навіть інноваційні ліки не допоможуть, однак пацієнти і їх родичі за звичкою звинувачують медичний персонал, запевняючи, що працівники закладу охорони здоров'я надали їм неналежну чи не у повній мірі якісну медичну допомогу, можуть звернутися до суду чи правоохоронних органів.

У цьому напрямку для лікарів розроблені певні інструктивні матеріали, короткі рекомендації яких можна сформулювати наступним чином:

1. Спілкуйтеся з хворим у найбільш гострі моменти не від себе, а цитуючи авторитетні та достовірні джерела.
2. Починайте спілкування через формулювання мети як бажаного результату лікування.
3. Апелуйте до інтересів пацієнта без наказового способу.
4. Чітко пояснюйте сенс рекомендацій для пацієнта та зазначайте конкретний ефект для його здоров'я.

5. Взнавайте відгук хворого щодо ваших рекомендацій.

6. Завершуйте консультацію на зрозумілому переліку подальших дій пацієнта. Причому у лікаря завжди повинен бути розроблений альтернативний варіант дій.

Навіть за незначної різниці між формулюваннями зміст, який сприймає пацієнт, може відрізнятись кардинально. Таким чином, очевидно, що вдале спілкування є передумовою успішноо лікування та довгострокової взаємодії лікаря та пацієнта, що базуються на довірі.

Отже, від часів давнини до нинішніх дотримання моральних, етичних норм й комунікаційних правил є передумовою налагодження якісної взаємодії між пацієнтом та лікарем, що є основною детермінантою ефективності лікування.

## **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Парадигма взаємодії лікаря та пацієнта є мистецтвом, для повного оволодіння котрим потрібні фаховий досвід, висока професійна підготовка, вміння проникнути в психологію пацієнта, оцінити характер його вищої нервової діяльності. У професійній діяльності лікаря принципової ваги набуває його вміння будувати взаємодію з хворими, їх родинами та колегами, базуючись на рефлексійних почуттях.

Медичні працівники, котрі наділені здатністю знаходити підхід та порозуміння з хворими, ефективно реагувати й своєчасно виявляти емоційні прояви співрозмовника, добре володіють навичками комунікації, є більш успішними фахівцями, менше страждають від фахового вигорання. Для завоювання довіри хворого, лікарю не достатньо бути фахівцем, важливо вміти віднайти індивідуальний підхід до пацієнта, інтуїтивно відчувати, що саме слід йому розповісти. Тому кожен діалог лікаря з пацієнтом охоплює елементи медичної просвіти через надання відомостей про характер захворювання, окреслення плану лікування та передбачення потенційних наслідків й результатів. Про причини захворювання хворому лікар

повідомляє в такому масштабі, щоб, з одного боку, перший знав, як уникнути загострення, а із іншого - усвідомлював необхідність проведення лікування.

Одним із пріоритетних обов'язків лікаря є фахова чесність та забезпечення таємниці інформації, котра стосується пацієнта, відданість інтересам пацієнта. Серед багатьох концепцій взаємодії між лікарем і пацієнтом найбільш вагомими є патерналістична і партнерська.

## **РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРИКЛАДНИХ ЗАСАД ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **2.1 Дослідження функціонального забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я**

"Комунальне некомерційне підприємство "Тернопільська стоматологічна поліклініка" Тернопільської міської ради є закладом охорони здоров'я, що надає медичну стоматологічну допомогу населенню м. Тернополя" [20].

Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка була створена в 1992 році внаслідок реорганізації заснованої в 1960 році обласної стоматологічної поліклініки. З 01.11.2017 року заклад було реорганізовано в комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка», а рішенням сесії Тернопільської міської ради від 19.12.2018 року № 7/31/32 шляхом об'єднання з комунальним некомерційним підприємством «Тернопільська дитяча стоматологічна поліклініка» – реорганізовано в комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська стоматологічна поліклініка» Тернопільської міської ради і

підпорядкована відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Поліклініка надає спеціалізовану кваліфіковану допомогу з терапевтичної, хірургічної, ортопедичної стоматології – дорослому населенню та консультативну допомогу мешканцям області. Підприємство здійснює медичну та господарську некомерційну діяльність, підзвітне Тернопільській міській раді. Координацію діяльності підприємства здійснює уповноважений орган - відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради. Підприємство засноване на комунальній власності Тернопільської міської ради, при цьому представником засновника є відділ охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради.

Тернопільська стоматологічна поліклініка здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Підприємство є правонаступником прав та обов'язків комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка» та комунального некомерційного підприємства «Комунальна дитяча стоматологічна поліклініка».

Основною метою діяльності Тернопільської стоматологічної поліклініки є:

- надання населенню згідно з вимогами чинних інституційних актів щодо стоматологічної допомоги та стоматологічних медичних послуг, спрямованих на збереження, поліпшення та відновлення здоров'я дитячого населення та дорослого населення;

- здійснення іншої діяльності необхідної для належного забезпечення профілактики, діагностики та лікування захворювань зубо-щелепової ділянки,

- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування.

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки є :

- "здійснення медичної практики;

- надання медичних, стоматологічних та інших послуг, не заборонених чинними інституційними актами, юридичним й фізичним особам на комерційній основі, у порядку та за тарифами затвердженими уповноваженим органом управління;

- аналітично-інформаційна діяльність;

- участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя та здійснення заходів з профілактики стоматологічних захворювань;

- забезпечення дотримання стандартів та уніфікованих клінічних протоколів;

- організація підготовки пацієнта до зубного протезування і зубопротезування населення згідно з вимогами чинного законодавства України;

- забезпечення повного і якісного обстеження, встановлення діагнозу і організація своєчасного лікування, консультативної медичної стоматологічної допомоги та направлення хворих до інших закладів охорони здоров'я;

- організація та забезпечення надання ортодонтичної допомоги населенню;

- забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників підприємства" [10].

Адміністративно-господарська робота Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки полягає у:

- виконанні відповідних державних і регіональних програм й ресурсному забезпеченні статутної діяльності;
- юридичному забезпеченні діяльності;
- комунікативно-інформаційному забезпеченні шляхом опрацювання інформації та розробки розпорядчих документів для його роботи, координація системи взаємозв'язку із закладами охорони здоров'я усіх ієрархічних рівнів;
- підвищенні професійної кваліфікації кадрів;
- впровадженні сучасних управлінських та медичних технологій;
- проведенні санітарно-просвітницької роботи серед населення;
- матеріально-технічному та фінансовому забезпеченні;
- участі у реалізації гуманітарних програм (професійні об'єднання, гуманітарна допомога, участь у благодійних програмах тощо).

Поліклініка організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого уповноваженим органом управління. "Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка самостійно організовує надання стоматологічних послуг і реалізує її за цінами, що визначаються в порядку, встановленому законодавством. Збитки, завдані підприємству внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду. Для здійснення господарської некомерційної діяльності підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством" [10].

В структурі Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки функціонують: реєстратура; лікувальні відділення, до складу яких входять лікувальні кабінети, кабінет, хірургічний кабінет гігієни та профілактики стоматологічних захворювань; ортопедичне відділення: до

складу якого входить ортопедичні кабінети та зуботехнічна лабораторія; рентгенологічний кабінет (див. рис. 2.1).

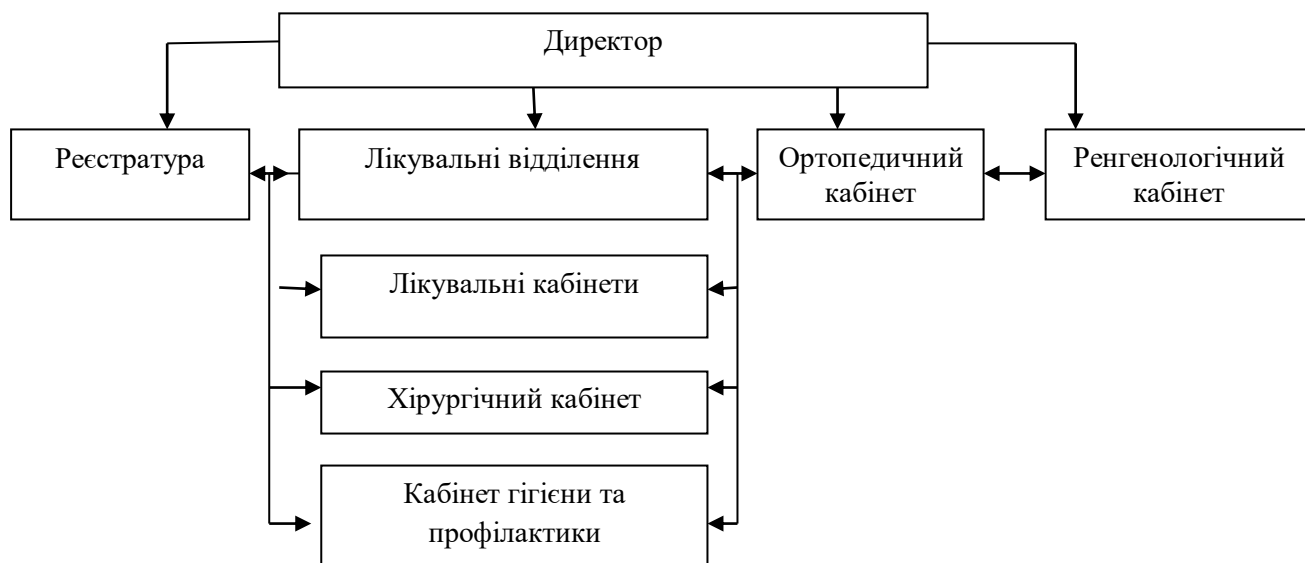


Рис. 2.1 Схема організаційної взаємодії структурних підрозділів Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки

З позиції фінансового супроводу діяльності Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки вона складається з трьох підрозділів: госпрозрахункове лікувальне відділення платних послуг №1, госпрозрахункове лікувальне відділення платних послуг №2, кабінет надання допомоги пільговим категоріям населення та госпрозрахункове ортопедичне відділення платних послуг. Крім платних послуг, надається безкоштовне терапевтичне, хірургічне та ортопедичне лікування пільговим категоріям населення, а саме: учасникам АТО, членам родин загиблих учасників АТО, реабілітованим особам та іншим пільговим категоріям населення, які мають право на отримання безоплатної стоматологічної допомоги.

На основі комплексного аналізу процесу та структури робіт директор Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки визначає відповідальні ділянки діяльності та делегує безпосереднім своїм заступникам їх реалізацію, залишаючи за собою найважливіші з них. Заступники директора аналогічним чином розподіляють роботу між медичними працівниками. Таким чином, на кожному ієрархічному щаблі управління залишається такий обсяг робіт, який під силу виконавцям.



У результаті такого процесу делегування здійснюється розподіл праці в Тернопільській міській комунальній стоматологічній поліклініці. За кожним медичним працівником окреслюється відповідний обсяг діяльності та визначається її зміст. У цьому процесі важливого значення набуває знання керівником структурного підрозділу власних фахових здібностей та інтересів співробітників, їх компетентності у низці питань, що має важливе значення для чіткої та ефективної організації надання медичних послуг. При цьому одночасно із делегуванням обов'язків кожен працівник Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки отримує відповідні повноваження, доцільні для найповнішого виконання покладених на нього професійних обов'язків.

На відміну від розподілу обов'язків та повноважень між працівниками у керівників структурних підрозділів Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки відповідальність не делегується зверху до низу, а навпаки є зростаючою по висхідній. Тобто, керівник передаючи певну частину обов'язків та повноважень підлеглим, не може, звільнитися від відповідальності за результати роботи даної медичної установи. Він несе відповідальність не лише за особисті результати, а й за результати праці підлеглих.

Актуальність та важливість делегування повноважень директором Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки зумовлено низкою таких причин:

- необхідністю звільнення керівників структурних підрозділів в процесі делегування повноважень від багатьох поточних справ та забезпечення йому можливості вирішувати більш складні проблеми;

- таке делегування підвищує оперативність якості рішень, які приймає директор як менеджер цієї установи;

- можливістю використання набутого досвіду і знань підлеглих для вирішення складних медичних випадків;

- необхідністю забезпечення реальної можливості директору більш оптимально розподілити навантаження між підлеглими, виявити серед них потенційних заступників, котрі у майбутньому можуть його замінити;

- делегування дозволяє застосовувати спеціалізацію, тобто розподілити обов'язки керівника між декількома підлеглими, базуючись на їх професійні компетентності та знання.

При цьому таке делегування повноважень дозволяє підлеглим максимально продуктивно використовувати свої здібності, знання, досвід і водночас здобувати нові знання, і також демонструвати оточуючим власні можливості, підвищувати в їхніх очах свій престиж і створювати базу для кар'єрного зростання.

При зміні процедур роботи працівників Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки змінюються і повноваження. Ліміти повноважень в цій медичній установі, як правило, визначаються правилами і посадовими інструкціями, низкою процедур, викладеними у письмовому вигляді, або передаються підпорядкованому усно.

У Тернопільській міській комунальній стоматологічній поліклініці повноваження керівників його структурних підрозділів розподіляються на лінійні і функціональні. Лінійні повноваження передаються безпосередньо від керівника до підлеглому і далі до інших підлеглих. Менеджер окремого структурного підрозділу у межах лінійних повноважень може розв'язувати симптоматичні проблеми без погодження з вищим менеджментом, виходячи при цьому з вимог нормативних інструкцій та медичних протоколів.

На наш погляд, лінійні повноваження спрощують взаємодію підлеглих та керівників. Якщо підлеглий працює над вирішенням певної проблеми, то він точно знає, до кого треба звернутися для її вирішення. Тобто, усі знають точно, хто і що може зробити. На наш погляд, така їх сукупність дозволяє даній медичній установі реалізовувати власну місію діяльності стосовно вчасного та якісного надання стоматологічних послуг для населення міста Тернополя.

Фінансові результати діяльності Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки демонструють позитивну динаміку, незважаючи на зростання собівартості наданих стоматологічних послуг. Даний результат вдалося досягнути через суттєве зменшення операційних витрат та диверсифікації доходів (див. табл.2.1).

**Динаміка фінансових результатів діяльності Тернопільської міської  
комунальної стоматологічної поліклініки**

<b>Показник (тис. грн)</b>	<b>2019 р.</b>	<b>2020 р.</b>	<b>Відхилення</b>
Чистий дохід	5957,0	7752,0	+1795,0
Інші операційні доходи	7478,0	3506,0	-3972,0
Інші доходи	-	881,0	+881,0
Собівартість наданих стоматологічних послуг	6830,0	7748,0	+ 918,0
Інші операційні витрати	7185,0	3471,0	- 3714
Чистий прибуток	580,0	920,0	+ 340

Складено самостійно на основі Додатку А,Б

У цьому аспекті варто зазначити, що у 2020 році за кошти, виділені з місцевого бюджету, проведено поточний ремонт чотирьох туалетів, а поточний ремонт у автоклавній - крім коштів із місцевого бюджету також із залученням спецкоштів. Не маючи фінансування на капітальні видатки, у 2020 році, зроблено ремонти у двох стоматологічних кабінетах власними силами, що дало змогу створити додатково чотири робочі місця.

У 2021 році в одному з кабінетів встановлена нова стоматологічна установка. У зуботехнічній лабораторії, замінено три вікна на металопластикові та одні двері, крім того ще одні двері в ортопедичному відділенні були встановлені коштом поліклініки.

У вересні 2020 року, Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка уклала договір оренди обладнання, а саме візіографа та ортопантомографа, що вже приносить позитивний результат. Цифрове рентгенологічне обстеження надається не лише пацієнтам, які лікуються у поліклініці, але й пацієнтам з інших стоматологічних кабінетів. У 2021 році, ведуться активні переговори з потенційними партнерами щодо встановлення в нашому закладі комп'ютерного томографа, а також шукається можливість запровадження відновлення втрачених зубів за допомогою дентальних імплантатів та протезування на них.

У короткострокових планах Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки передбачається ремонт у ливарній, яка є у

зуботехнічній лабораторії, що дасть нам змогу покращити якість елементів для ортопедичних конструкцій та збільшить їх кількість, що є необхідним як для поліклініки, так і для інших закладів Тернопільської області, з якими ведеться співпраця.

## **2.2 Аналіз специфіки взаємодії лікаря та пацієнта у стоматологічному закладі**

Середовище, де відбувається надання стоматологічної допомоги у Тернопільській стоматологічній поліклініці відповідає вимогам деонтології і психопрофілактики. Коридори очікування характеризуються приємним, як можна менше лікарняним характером, у холах є газети й журнали для відвідувачів. При цьому варто зазначити, що плакати на санітарно-освітні теми не користуються увагою хворих.

У кабінеті стоматологів якомога більше обмежено специфічні стоматологічні елементи, такі, як, наприклад, біле забарвлення, «виставка інструментів», з якими хворий пов'язує ряд потенційних переживань. На сьогодні за результатами опитувань пацієнтів Тернопільської стоматологічної поліклініки неприємну дію має ряд крісел, поставлених близько один від одного в окремих лікувальних кабінетах закладу, оскільки це їм нагадує конвеєр.

Безпосередня взаємодія пацієнта й лікаря у даному стоматологічному закладі включає:

- безпосередню взаємодію, тобто її учасники перебувають у просторовій близькості, мають змогу чути, бачити, торкатися одне одного і обов'язково - здійснювати зворотний зв'язок;

- особистісно-орієнтоване спілкування, тобто кожен з його учасників враховує унікальність іншої людини, бере до уваги особливості її емоційного стану, особистісних характеристик, самооцінки;
- урахування психологічних процесів і станів пацієнта;
- комунікативні практики, що опосередковують взаємодію (часто невербальні повідомлення і безпосередньо мовлення);
- дотримання встановлених норм і правил, що уможливають спілкування.

У безпосередньому спілкуванні лікаря та пацієнта у цьому стоматологічному закладі виокремлюють такі взаємопов'язані складові:

- комунікативна, яка полягає в обміні інформацією між лікарем і пацієнтом;
- інтерактивна, що передбачає організацію взаємодії між пацієнтами та лікарями, у випадку, коли існує потреба узгодити певні дії, вплинути на поведінку, настрій, переконання пацієнта;
- перцептивна - включає процес сприйняття лікарем і пацієнтом одне одного та встановлення на цій підставі взаєморозуміння.

При цьому, до інструментів спілкування відносять не лише мовлення (вирази, окремі слова, правила їх поєднання), яке у змістовому сенсі має сприйматися рівноцінно як лікарем, так і пацієнтом, але й емоційна виразність, інтонація, яка може надавати диференційованого змісту однакою фразі; поза, погляд, міміка, що мають здатність посилювати, спростовувати чи доповнювати зміст сказаного; жести, що можуть бути загальноприйнятими за значенням, або ж експресивними, що слугують для максимальної виразності мовлення.

У міжособистісному спілкуванні пацієнта й лікаря у стоматологічному закладі наявні наступні етапи:

1. Потреба у спілкуванні, коли існує необхідність повідомити чи отримати інформацію, вплинути на пацієнта, що спонукає лікаря вступати у взаємовідносини з пацієнтом.

2. Орієнтування в ситуації спілкування та виявлення цілей взаємодії.
3. Визначення особистості пацієнта.
4. Планування змістового наповнення спілкування з пацієнтом.
5. Свідомо чи несвідомо лікар обирає конкретні інструменти, словесні фрази, якими користуватиметься, та визначає, що і як говорити та як поводитися.

6. Сприйняття та оцінювання реакції, яка виникала в пацієнта як відповідь, на підставі встановлення зворотного зв'язку здійснення контролю ефективності спілкування.

7. Корекція стилю, вектору, методів спілкування.

На наш погляд, поєднання переліченого вище у певну функціональну комплексність забезпечує процес успішного спілкування.

При цьому потреби особистості пацієнта лікарями Тернопільської стоматологічної поліклініки розглядаються як його індивідуальний особливий психічний стан (незадоволення, напруження, дискомфорт), котрий він відчуває та усвідомлює, а також враховується ймовірно потенційна психологічна й мотиваційна криза пацієнта .

Важливими у міжособистісному спілкуванні для самого лікаря є потреба у поведінці допомоги, шляхетності, безкорисливості милосерді, співчутті, що збільшує самооцінку й самоповагу лікаря, надає йому можливість відбутися почуття причетності до реалізації позитивних справ, глибокого співпереживання та піднятися у власних очах. Якщо котрийсь із елементів процесу взаємодії порушено, то лікареві не вдається досягти окреслених результатів спілкування і воно буде неефективним.

У стоматології на першому місці стоїть біль, яка у більшості випадків і приводить пацієнта до лікаря. Тут виникає умовне замкнене коло, коли страх перед болем зумовлює те, що хворі не лікують незначні каріозні процеси, однак процеси, що зумовлюють біль, як правило, вимагають хворобливіших й обширніших втручань. При наданні медичної допомоги стоматолог зазвичай враховує на те, що чутливість до болю різна в різних вікових

позиціях; цьому сприяє також і рефракція пульпи, що настає з віком. Але треба зауважити, що існують і індивідуальні відмінності в чутливості до болю, зумовлені або природженими, або придбаними причинами. Хворих, які є надчутливими і для яких не вдається знівелювати біль звичайними методами лікування, лікарі Тернопільської стоматологічної поліклініки лікують поступово, часто приймають їх повторно та використовують всі доступні засоби для зменшення хворобливості.

Згідно організаційних принципів діяльності Тернопільської стоматологічної поліклініки, вважається, якщо лікар повинен об'єктивно заподіяти біль, то він зобов'язаний діяти оперативно, без коливань, оскільки невпевненість уповільнює маніпулятивні дії, тим самим знижує якість і заподіює шкоду пацієнту. Доречно показати пацієнту, що лікар розуміє і повною мірою аналізує його біль, однак при цьому виражати пацієнту надмірного співчуття не слід, у випадку коли лікар, що надає допомогу, власне сам і заподіює цей біль. Боязнь болю і страх хворого перед лікуванням певною мірою ускладнюють роботу стоматолога. Тому в окремих випадках існує потреба спільної роботи стоматолога з психотерапевтом і з психіатром. Страх та біль можуть зменшити психотерапія та окремі психофармакологічні засоби. У великій кількості осіб значна психологічна напруга викликається через видалення зубів і підготовка до цього процесу. Досвідчений стоматолог Тернопільської стоматологічної поліклініки іноді може призвести екстракцію так спритно, що хворий, що готовий до значної болі, буває дуже здивований.

Специфікою взаємовідносин з пацієнтами цього стоматологічного закладу є те, що у ньому заборонено показувати хворому закривавлений витягнутий зуб, затиснутий в лещатах, так як при цьому створюються негативні асоціації на майбутнє. Перед екстракцією або в її процесі у деяких хворих спостерігається аномальна реакція страху або напад істеричного виду. Істеричний напад необхідно з упевненістю відрізнити від колапсу і від слабого епілептичного нападу. При наданні допомоги хворому можна

рекомендувати лікарю-стоматологу сигналізувати сестрі свої вимоги жестами, щоб уникнути застосування неприємно діючих на хворого технічних термінів, наприклад, «нижньощелепні кліщі!».

Зубні протези хворі вимагають з різних причин: найчастіше – це прагнення до поліпшення функції щелеп, нерідко має місце і естетична мотивація, особливо у жінок. Великі психічні проблеми виникають при знятті протезів, які безперервно нагадують хворому про його вік, про зв'язок його стану з віком і про інші обставини. Тотальні протези змінюють вираз обличчя, тому хворий не завжди буде задоволений протезом, навіть якщо в функціональному відношенні він буває гарним. Для позначення звикання хворого до протезу, у стоматологічних закладах прижився термін «психічна інкорпорація протеза». Найбільш вираженим доказом досконалої інкорпорації протеза вважається той факт, коли хворий шукає свої зуби і знаходить їх, нарешті, у себе в роті. Зуби символічно мають значення агресивності, успіху в суспільстві і в еротичі; звідси депресія і почуття власної неповноцінності при їх дефектах.

Психологічний фактор пов'язаний також з причинами карієсу зубів і його ускладненнями. Карієс зубів частіше зустрічається в тих країнах, де є найбільше споживання цукру і солодоців. Вирішальне значення належить способу харчування дітей, а останній залежить, головним чином від батьків, від того, якою мірою вони дозволяють дітям їсти солодоці, особливо ввечері перед сном. Батьки, бабусі і дідусі бувають в цьому відношенні непринциповими, навіть якщо вони і знають все про правильне харчування дитини. Тут діє мотивування: «дати дитині те, чого не могли собі дозволити ми», прагнення утримати цим симпатії дітей, іноді також цим намагаються придушити докори сумління в тому, що мало приділяють уваги дітям. У деяких дітей і у дорослих солодоці стають компенсатором заспокоєнні при особистих неприємностях, невдачах і при нестачі мети і сенсу в житті. При гінгівіті іноді відзначаються депресії і апатії при необережному повідомленні про прогноз цього хронічного захворювання. При запаленні слизової



оболонки порожнини рота і мови іноді розвивається канцерофобія, як і при лейкоплакії.

За нашими спостереженнями причинами неефективної міжособистійної взаємодії лікаря та пацієнта є стереотипи, упереджене ставлення, вороже ставлення, відсутність уваги та інтересу, нехтування фактами, зміст яких розкритий у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

### Причини неефективної міжособистійної взаємодії лікаря та пацієнта

<p><b>Стереотипи</b> наявні як у пацієнтів, так і в лікарів. Найбільш поширеними стереотипами пацієнтів є: сприймання лікаря як всесильної особи, яка може здійснити "чудо зцілення"; сприймання лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта та втручається у його особисте життя; сприймання лікаря як бездушної істоти, націленої лише на отримання власної вигоди. Лікарі щодо пацієнтів</p>
<p><b>Упереджене ставлення</b> - схильність нехтувати усім, що суперечить власним поглядам, все незвичайне, нове. Таке упередження з боку пацієнтів зазвичай виявляється у небажанні погодитися з діагнозом лікаря та методами лікування, якщо вони переконані у правильності іншого діагнозу чи доцільності інших методів лікування. У цьому випадку лікар повинен за допомогою раціонального переконання, залучаючи думку визнаних авторитетів та своїх колег, переконати пацієнта у хибності його розуміння хвороби.</p>
<p><b>Вороже ставлення.</b> Якщо хворі відзначають вороже ставлення до певного лікаря, менеджер закладу охорони здоров'я повинен спробувати виявити причину, якщо можливо, спростувати, або ж запропонувати змінити лікаря.</p>
<p><b>Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника.</b> У лікарів відсутність інтересу часто буває пов'язаною з синдромом хронічної втоми, великим навантаженням, рутинністю роботи. У цьому випадку лікар не виявляє зацікавленості до висловлювань пацієнта аж до моменту отримання несподіваної, неочікуваної або парадоксальної інформації, яка може кардинально змінити діагноз пацієнта чи істотно вплинути на його лікування. Пацієнти зазвичай уважні у процесі спілкування з лікарем, однак значна їх частина схильна втрачати інтерес до рекомендацій лікаря на етапі одужання, а це може загрожувати подальшими ускладненнями в перебігу хвороби.</p>
<p><b>Нехтування фактами.</b> Успішні медики ніколи не роблять категоричних висновків щодо діагнозу хворого, не маючи на це достатніх підстав, а під час лікування проводять необхідні додаткові методи дослідження, котрі дають підстави підтвердити або спростувати діагноз. Якщо лікар користується безумовною довірою пацієнта - діагноз сприймається позитивно і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Та якщо у хворого немає впевненості у фаховості лікаря - такий діагноз викликає обурення і неприйняття у пацієнта, зумовлює конфлікти та змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря.</p>

Складено на основі [33,40]

Також якісній взаємодії лікаря та пацієнта заважають помилки у формулюванні висловлювань, зокрема складність повідомлення, нелогічність, неправильний вибір слів, непереконливість чи не найчастіше стають причиною поганої комунікації та нерозуміння між лікарем і пацієнтом. На наш погляд, лікар повинен вміти вірно оцінити освітній й загальнокультурний рівень свого пацієнта і обґрунтувати сутність висловлювань у зрозумілій доступній формі, не вживаючи фахових спеціальних термінів, говорячи простими формулюваннями, з яких легко зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки та базові тези .

Проблема у лікарській практиці з умінням зрозуміло донести інформацію, звісно існує в усіх країнах, однак в Україні вона має певну специфіку. З одного боку, вона пов'язана з недостатнім лінгвістичним запасом багатьох лікарів, у якому відсутні слова-відповідники, для медичних термінів. Окрім того, у підготовці лікарів в Україні не передбачені жорсткі високі вимоги щодо знання ними основ педагогіки й психології, логіки і філософії. Питання мови у спілкуванні з пацієнтами теж вимагає значних пояснень. Зрозуміло, що хвора людина повинна вільно висловлювати свої думки, скарги, побажання рідною мовою, не витрачаючи зайвих зусиль на намагання зрозуміти специфічні медичні терміни, імплементовані у чужу мову, здогадатися про змістове наповнення незрозумілих слів, віднайти відповідь, перекласти її на іншу мову і озвучити. У випадках лікування у клініці за кордоном є постійно присутнім фаховий перекладач, котрий допомагає у чужому мовному середовищі здійснювати якісну комунікацію. В Україні ж від медичних працівників не вимагають, щоб вони спілкувалися з пацієнтами українською мовою. Така парадигма поведінки, враховуючи на значну кількість російськомовних лікарів, демонструє їх загальну неуважність до безумновних потреб україномовних пацієнтів, а інколи і про їх недостатній загальнокультурний й освітній рівень, коли вони, що на відміну від пацієнта не спілкуються мовою на рівні, який

належний для фахового спілкування. Усе це створює ситуацію нерозуміння сутності висловлювань лікаря пацієнтом, що істотно заважає їхній взаємодії.

Також в практиці міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта трапляється помилкове обрання стратегії, алгоритму і тактики у спілкуванні, який може виникати, коли лікар неправильно оцінив психологічний стан хворого та намагається формувати модель спілкування, базуючись на недоречних стратегіях. Невміння визначати настрій хворого, його індивідуальні психологічні особливості, потенційну агресивність, репресивність, реальну тривожність, призводить до серйозних психологічних проблем у пацієнтів, що не може не зумовити не ефективність його лікування.

Очевидно, що не всі лікарі можуть однаковою мірою володіти навичками ефективного спілкування з хворими, яке вимагає і емоційних, і затрат часу. Таким чином, отримати бажаний результат і здійснити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись базових загальних вимог спілкування: уникати суперечок, бути доброзичливим, тактовним, ввічливим, дотримуватися інтересів пацієнта, не осуджувати його, забезпечувати привітність, повідомляти в потрібний момент пацієнтові необхідний йому обсяг інформації, дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його проблем, формулювати власні думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуховувати і намагатися зрозуміти потрібну думку хворого та враховувати його індивідуальну особистісну специфіку заради надання якісної медичної послуги.

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

Ефективна робота менеджерського персоналу досягається за рахунок унікальних індивідуальних якостей управителів – їх компетентностей, досвіду, особистих властивостей, які проявляються у відношенні до

професійної діяльності, поведінці і, ініціативі та інноваційності. При цьому людські здатності є необхідними умовами для якісного розвитку закладу охорони здоров'я, а індивідуальні можливості проявляються по різному, залежно від особливостей медичного закладу.

Згідно класичного розуміння поняття компетентність є виявленням індивідом певної моделі поведінки, яка зумовлює успіх у досягненні визначених цілей у конкретних умовах. Перелік і опис компетентностей у кожній організації є власним та унікальним. Як правило, спроби адаптувати готовий набір існуючих класичних компетентностей є невдалими, оскільки ймовірність того, що вони будуть співмірними умовам функціонування з позиції діяльності окремої організації є неефективними [50].

Отже, загальноприйнятні у будь-якій організації базові постулати формування набору компетентностей для окремої посади, а також комплекс усіх компетентностей і опис кожної з них є універсальною концепцією компетентностей, яка є унікальною для кожної організації.

Ураховуючи те, що компетентність є комплексом характеристик працівника, що охоплює поряд з навичками й знаннями та особистісні характеристики такі як емоційні, вольові особливості, здатності, цінності, переконання, що проявляються у професійному житті, умовно можна поділити на дві групи. Компетентності першої групи орієнтовані на специфічні для кожної посади навички й знання, що потрібні для виконання професійної діяльності. Ці навички й знання формує спеціальна академічна освіта та досвід фахової роботи у визначеній сфері. Перелік основних компетентностей управлінського персоналу Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки подано у таблиці 2.3.

*Таблиця 2.3*

### **Базові компетентності управлінського персоналу**

#### **Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки**

<b>Керівник закладу</b>	<b>Головна медсестра</b>	<b>Завідувач лікувального відділення</b>
<b>Знає та вміє застосовувати на практиці:</b>		

<p>"Чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство.</p> <p>Директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів. Основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної і соціальної психології.</p> <p>Документи, що визначають потужність, структуру, штатний розпис закладу, укомплектованість підрозділів та потребу у кадрах.</p> <p>Нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.</p> <p>Порядок ведення облікової та звітної документації, оброблення медичної статистичної інформації.</p> <p>Потреби у медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу у галузі медицини.</p> <p>Нормативні акти з питань пожежної безпеки, охорони праці та метрологічного забезпечення" [10]</p>	<p>"Чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я.</p> <p>Права, обов'язки й відповідальність головної медичної сестри.</p> <p>Нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників.</p> <p>Порядок ведення облікової та звітної документації, методи оброблення медичної статистичної інформації, охорону праці, техніку безпеки та правила протипожежного захисту; принципи проведення протиепідемічних заходів.</p> <p>Правила оформлення медичної документації.</p> <p>Сучасні методи діагностики, надання долікарської допомоги заневідкладних станів.</p> <p>Сучасні джерела медичної інформації, методи її аналізу й узагальнення.</p> <p>Правила та норми охорони праці під час роботи з медичним устаткуванням, протипожежного захисту та охорони довкілля, принципи проведення протиепідемічних заходів" [10]</p>	<p>"Чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції підрозділу медичного закладу; показники стану здоров'я населення; основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної і соціальної психології; основи медико-біологічних і клінічних наук; сучасну класифікацію хвороб; сучасні методи обстеження, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих, організацію фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розклад підрозділу та потребу в кадрах; порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації; потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі медицини" [10]</p>
---	---	---

Складено самостійно на основі посадових інструкцій управлінського персоналу Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки [10]

Друга група компетентностей по суті демонструють, чим відрізняються підходи до роботи хороших менеджерів від ідеальних. Наприклад, відношення до пацієнтів, здатність швидко адаптуватися та ефективно працювати у різноманітних ситуаціях, здатність приймати та цінувати протилежну точку зору інших медичних працівників.

У цьому напрямку робота, як правило, здійснюється у трьох напрямках:

– імплементація компетентностей, що є характерними для ідеальних

менеджерів, тобто тих, хто досягає найвищих результатів;

– визначення того, якими компетентностями повинні характеризуватися працівники, щоб у майбутньому створювати ефективність діяльності закладу охорони здоров'я;

– збалансування моделі компетентностей, оскільки усі елементи повинні складати єдину систему та не суперечити одна одній, наприклад, у медичному закладі існує певна несумісність креативності при виконанні професійних завдань та чіткого дотримання регламентів.

Проведене нами дослідження показує, що управлінський персонал Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки у своїй професійній діяльності дотримується формальних інституційних повноважень, які визначені посадою і більш схильний до авторитарного стилю управління.

Дослідження характеру прийняття управлінських рішень менеджерським персоналом Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки свідчить про відсутність залежності між джерелами впливу на підлеглих і характером прийняття рішень (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

### Залежність характеру прийняття рішень управлінським персоналом Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки

Характер прийняття рішень	Джерела влади			У середньому
	форма- льні повнова- ження (%)	особиста каліфі- кація (%)	власна харизма (%)	
Особисто приймає управлінські рішення і оголошує їх підлеглим	39,5	36,4	15,4	34,2
Переконує підлеглих у прийнятому рішенні	13,2	18,2	23,1	16,4
Пропонує працівникам рішення, яке може бути змінене в процесі обговорення	28,9	22,7	38,5	28,8
Пропонує для обговорення проблему, отримує від підлеглих пропозиції і на їх основі приймає рішення	15,8	13,6	15,4	15,1
Дозволяє підлеглим за умови	2,6	9,1	7,7	5,5

окреслення обмежень самостійно приймати рішення				
Разом	100	100	100	100

Складено самостійно

Оцінка рівня розвитку компетенцій управлінських кадрів у Тернопільській міській комунальній стоматологічній поліклініці нами була проведена на трьох складових:

- фахова компетенція, що базується на професійних знаннях і здібностях. Компонентами професійної компетенції є мотиваційна, організаційна, безпосередньо функціональна, вербально-комунікативна, інформаційна, самовдосконалення, дефініційне й творче мислення;
- соціальна компетенція, яка охоплює знання в сфері управлінської психології. Оскільки менеджер отримує результат власної діяльності, впливаючи на інших осіб, йому потрібні, насамперед, знання соціальної психології та особливостей суспільного прояву власного фаху;
- концептуальна компетенція, яка передбачає рівень вмінь менеджера окреслювати проблеми і їх вирішувати. Окрім того, менеджер повинен уміти відрізнити принципове й вагоме у симптомах та явищах, що відбуваються в колективі, від незначного [25].

Задля об'єктивної оцінки фахових компетенцій нами були детально вивчені посадові інструкції управлінського персоналу Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки. У посадових інструкціях детально означені вимоги до професії, зазначені, які функціональні обов'язки виконує співробітник, що повинен знати, які має права та обов'язки. Компетенції нами були оцінені на 5 бальною шкалою. Для ранжування отриманих характеристик нами були введені наступні критерії оцінки компетенції менеджерів (див. табл. 2.6).

*Таблиця 2.6*

**Критерії оцінки рівня компетенцій управлінського персоналу  
Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки**

Середній бал оцінки	Критерії
Від 1 до 2	Рівень компетентності не відповідає вимогам фаху. Працівника необхідно перевести на іншу посаду, забезпечити йому націлену фахову підготовку відповідно до вимог даної посади чи звільнити
Від 2,1 до 3	Рівень компетентності недостатньою мірою відповідає вимогам посади, що вимагає суттєвого підвищення фахових компетентностей або переведення працівника на іншу посаду
Від 3,1 до 4	У цілому фахові компетентності відповідають вимогам посади, але потрібно забезпечити подальший розвиток рівня фаховості через періодичне навчання, обміну досвідом, мотивації до подальшого фахового розвитку
Від 4,1 до 5	Оптимальний рівень компетентності, який у повній відповіді відповідає вимогам посади. У цьому випадку треба або розширити повноваження посади задля ефективного використання фаховості працівника, ч здійснити ротацію на посаду з вищим рівнем вимог

Складено самостійно

На наш погляд, така методика бальної оцінки рівня компетентності управлінського персоналу Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки забезпечує різновекторний та диференційований підхід до їх професійного розвитку та посадової ротації.

Під час власних спостережень, опитувань та опрацювання аналітичних даних нами були отримані достатньо високі значення фахових компетентностей управлінських кадрів Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки, що демонструє високий рівень компетентності, який відповідає повністю вимогам їх посад (див. табл. 2.7).

*Таблиця 2.7*

### **Рівень розвитку компетенцій управлінських кадрів Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки**

Найменування структурних підрозділів	Компетенції (отримані бали)			Середнє значення
	професійні	соціальні	концептуальні	
Директор	5	5	4	4,6
Старша медсестра	5	4	4	4,3
Завідувач амбулаторії	4	4	4	4

Примітка. Складено самостійно

При здійсненні оцінки нами не враховувалася один із компонентів компетентностей, яка на нинішньому етапі впроваджується дуже активно, як креативна компетенція, яка є найвищим рівнем розвитку фахової



компетенції, коли менеджер закладу охорони здоров'я неперервно здійснює творчу діяльність в процесі управління різними видами ресурсами, насамперед людськими. На наш погляд, подальша імплементація елементів креативної компетентності у майбутньому забезпечить успішне управління медичним закладом.

## **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

Комунальне некомерційне підприємство "Тернопільська стоматологічна поліклініка" Тернопільської міської ради є закладом охорони здоров'я, що надає медичну стоматологічну допомогу населенню м. Тернополя.

В структурі Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки функціонують: реєстратура; лікувальні відділення, до складу яких входять лікувальні кабінети, кабінет хірургічний, кабінет гігієни та профілактики стоматологічних захворювань; ортопедичне відділення: до складу якого входить ортопедичні кабінети та зуботехнічна лабораторія; рентгенологічний кабінет.

Фінансові результати діяльності Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки демонструють позитивну динаміку, незважаючи на зростання собівартості наданих стоматологічних послуг. Даний результат вдалося досягнути через суттєве зменшення операційних витрат та диверсифікації доходів.

За нашими спостереженнями на практиці базовими причинами неефективної міжособистійної взаємодії пацієнта й лікаря є стереотипи, упереджене, вороже ставлення, відсутність уваги та інтересу, нехтування об'єктивними фактами. Також якісній міжособистійній взаємодії лікаря та пацієнта заважають помилки у побудові висловлювань, зокрема складність повідомлення, його нелогічність, невірний вибір слів, непереконливість як правило зумовлюють низьку комунікацію та нерозуміння між пацієнтом й лікарем. Також в практиці міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта

бувають помилкові алгоритми стратегії і тактики у взаємодії, який може виникати, коли медичний працівник невірно оцінив психологічний стан хворого та намагається вибудувати взаємодію, базуючись на невірних підходах

Аналіз розвитку фахових компетентностей продемонстрував достатньо високі значення компетентностей управлінських кадрів Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки, що свідчить про високий рівень компетентності, який повністю відповідає вимогам їх посад.

### **РОЗДІЛ 3. МОДЕЛЬ КОМУНІКАЦІЙ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ТА ПАЦІЄНТІВ В РАМКАХ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

#### **3.1 Удосконалення базових засад комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта в системі громадського здоров'я**

Вітчизняною системною проблемою громадського здоров'я є:

- невисокий рівень медичної та санітарної обізнаності населення та відповідально відношення до особистого здоров'я;
- "незадовільний стан здоров'я громадян з тенденцією до його погіршення;
- значний рівень смертності населення у працездатному віці та смертності дітей;
- високий рівень поширеності факторів формування хронічних захворювань неінфекційного генезу та негативного впливу на здоров'я соціальних детермінант;
- довга пролонгованість щодо звернення за медичною допомогою, що зумовлює хронізацію захворювань, звернення при занедбаних випадках хвороб та, як наслідок, значний рівень інвалідизації населення;

- відсутність передумов для дотримання здорового способу життя;
- неефективність організаційного забезпечення системи громадського здоров'я" [ 2].

У цьому напрямку на місцевому й регіональному рівнях потрібно провести детальний аналіз, який охопить стан здоров'я населення та причини диференціювання за індикаторами здоров'я серед різних категорій населення, стан фінансового і технологічного забезпечення системи охорони здоров'я, якість й доступність медичних послуг, рівень впливу системи охорони здоров'я на медико-демографічну ситуацію в суспільстві.

Наступною важливою складовою оцінювання ситуації взаємодій в системі охорони здоров'я є "отримання думки всіх прошарків населення, в тому числі медичних працівників та посадових осіб, які ухвалюють управлінські рішення в системі охорони здоров'я. З цією метою важливими є здійснення репрезентативних незалежних соціологічних досліджень із залученням активних громадських організацій" [9].

Отримані результати щодо оцінювання ситуації на всіх рівнях управління та надання медичних послуг і окреслені проблеми стають підставою для актуалізації планування комунікаційних взаємодій в системі охорони здоров'я в країні на всіх рівнях управління.

Важливою складовою системи охорони здоров'я повинно стати науково-методичне забезпечення її діяльності. У цьому напрямку нами рекомендуються провести ґрунтовні досліджень з нагальних питань комунікаційної політики в охороні здоров'я, та формування та впровадження інноваційних технологій та засобів комунікацій та методичних і аналітичних матеріалів.

Організація якісної діяльності системи комунікацій у медичній сфері неможлива без її інформатизації. Складовими інформатизації комунікацій у сфері охорони здоров'я є електронізація закладів охорони здоров'я з доступом до мережі інтернет, створення індивідуальних сайтів закладів

охорони здоров'я, використання технологій диджиталізації в комунікаційній діяльності медичного закладу.

Необхідно відмітити, що ефективна комунікативна діяльність у сфері охорони здоров'я забезпечена може бути через використання:

- "інноваційній технологій комунікацій у реалізації підходів паблік рілейшнз ;

- методів масового й індивідуального інформування населення щодо актуальних питань громадського здоров'я;

- часової актуальності щодо представлення необхідної інформації;

- шляхом проведення соціологічних досліджень вивчення потреби населення та окремих цільових груп в інформації організаційного, законодавчого, профілактичного, медичного, характеру;

- прогнозування негативної чи позитивної реакції населення на певну інформацію медичного характеру та форму її подачі" [6].

Забезпечити комунікативну діяльність в системі охорони здоров'я на засадах ефективності можливо при умови транспарентності подання інформації.

Для проведення оцінки результатів взаємодії лікаря та пацієнта, яка загалом відобразить успішність функціонування системи охорони здоров'я, як в цілому так і окремих її напрямках на центральному, регіональному і місцевому рівнях, потрібно на усіх інституційних рівнях управління створити групи або центри моніторингу і оцінки. Базовими критеріями їх діяльності повинні бути розроблені індикатори оцінки, які відповідають специфіці регіону, певним завданням, характеризуються конкретними термінами виконання та індикатори досягнення поставленої мети. При цьому оцінювальні результати повинні базуватися на реальних даних, одержаних із достовірних інформаційних джерел. У складі центрів моніторингу та оцінювання повинні працювати незаангажовані фахівці, котрі мають досвід діяльності щодо моніторингу та оцінювання та володіють

досвідом по даному напрямку в інших країнах. Оцінка отриманих результатів повинна формувати з двох напрямків:

- алгоритму оцінки, який охоплює критерії і терміни оцінки майбутніх дій;
- тактики варіантів управлінських змін у відповідності до результатів отриманої оцінки.

Це є важливою передумовою, оскільки створює можливість превентивно реагувати на низку симптомів й проблеми, що потенційно можуть виникати під час оцінювальної діяльності.

Таким чином, можна констатувати, що в методичному плані реалізації комунікаційній у сфері охорони здоров'я повинна складатися з таких кроків: визначення проблеми через оцінку ситуації; визначення цілей; етапів планування і програмування; окреслення цільових груп для проведення комунікаційної взаємодії; відбір каналів для суспільної та індивідуальної комунікації; оцінка результатів.

На рівні окремого закладу охорони здоров'я за кожним із функціональних компонентів комунікаційної компетентності лікаря - знаннєвим, мотиваційно-ціннісним, професійно-комунікативним, організаційно-технологічним і рефлексивним ми пропонуємо оцінювати відповідні індикатори, котрі характеризуватимуть готовність лікарів до ефективної міжособистійної взаємодії з пацієнтами (див. табл.3.1).

*Таблиця 3.1*

### **Критерії сформованості комунікаційної компетентності лікаря**

<b>Знання</b>	<b>Вміння</b>	<b>Якості</b>
Знання норм суспільних цінностей, правил їх присвоєння	Уміння будувати взаємодію з пацієнтами на засадах норм загальнолюдських цінностей	Визнання цінностей, які поділяються суспільством
Знання комунікаційних цінностей	Уміння налаштовуватись на взаємодію з пацієнтами відповідно до норм професійних цінностей	Сформовані мотиви, бажання здійснювати фахову діяльність.
Знання про людину як найвищу цінність	Уміння розпізнавати позитивні якості особи	Визнання необхідності ставлення до пацієнтів

	пацієнта задля конструктивної взаємодії	як до найвищої цінності
Знання про особистий фаховий потенціал	Уміння адекватно визначати власні фахові здібності	Прагнення самовдосконалення у професійній діяльності
Знання норм мови і правил професійного спілкування, особливостей комунікативної взаємодії	Уміння налаштовуватись на спілкування з пацієнтом, проектувати комунікативну взаємодію й реалізувати вплив	Комунікабельність, позитивне до особистої позиції пацієнтів
Знання базових підходів до побудови конструктивного діалогу з пацієнтами	Уміння будувати раціональний діалог й підтримувати рефлексію з пацієнтом	Адаптивність відповідно до парадигми спілкування у медичній практиці
Знання норм мовного етикету і поведінки й інструментів забезпечення комунікативної культури лікаря	Уміння використовувати норми мовного етикету, адекватно реагувати на різні комунікативні ситуації	Готовність коректно й толерантно говорити з пацієнтами та їх близькими

Складено самостійно

Усвідомлення значущості комунікаційної компетентності лікарів може бути посилене через введення відповідних питань в анкети щодо визначення рівня задоволеності пацієнтів якістю наданої медичної послуги.

Очевидно, що потрапивши до медичної установи, пацієнт може відчувати певний страх, стрес, тривожність, адже проведення операційних, інвазивних, навіть профілактичних дій потенційно створює дискомфорт.

Згідно з "дослідженнями аналітичної компанії O'Dell Survey (США), на результативність закладу охорони здоров'я найвагомніше впливає робота медичного персоналу, у тому числі рівень їх освіти, фаховості тощо. Для пацієнтів, як свідчить статистика, що пріоритено важливою є не тільки якість лікування, а й відношення до них у закладі охорони здоров'я "[32].

Притаманною помилкою закладу охорони здоров'я є те, що медичні працівники не дуже добре знають своїх пацієнтів і не будують відносин з ними. Відповідно хворі відчують страх, відсутність уваги, недовіру. У той час як увага та ввічливість медичного персоналу нівелює роздратованість хворих, дає їм упевненість у позитивних наслідках взаємодії.

Для побудови ефективних відносин між пацієнтами та лікарями та іншими категоріями медичних працівників слід проводити систематичне

навчання для останніх, під час якого доцільно розглядати такі теми, як «Ясні процедури первинного та повторного прийому пацієнтів» - для лікарів, «Правильне обслуговування пацієнтів по телефону і зустрічі в закладі охорони здоров'я», «Правила роботи з запереченнями пацієнтів» та «Регламенти роботи зі скаргами хворих» - для медичного та інших груп персоналу закладу охорони здоров'я.

Очевидно, що взаємодія між пацієнтом й лікарем має бути повноцінною через необхідність їх постійної міжособистісної взаємодії, каціленої на подолання хвороби. У цьому напрямку потрібними є координація, взаєморозуміння, і узгодження намірів й інтересів пацієнта і медичного працівника. Взаємне бажання й уміння прояснити ситуацію, узгодити з нею прояв особистої поведінки й низки емоцій є об'єктивною передумовою формування мікроклімату, позитивного як для одужання хворого, так і для роботи лікаря.

Оскільки лікар у взаємодії з пацієнтом повинен відігравати роль лідера, а також діяти на поведінку хворого, для нього потрібні наступні якості зокрема як наполегливість, соціальний інтелект, упевненість, комунікабельність, векторальність на успіх, працездатність.

Для емоційно-вольового впливу на пацієнта лікар має володіти здатністю заряджати енергією пацієнтів, застосовуючи для цього низку засобів - від посмішки до імперативного наказу, впливати на поведінку пацієнтів своїм ставленням до них, а особливо індивідуальним прикладом. Водночас лікар має бути вимогливим, гнучко, але постійно, скеровуючи поведінку пацієнтів та їх особистої позиції у русло позитивної налаштованості щодо одужання. При цьому лікарю потрібно докладно, доброзичливо, але аргументовано аналізувати і комплексно оцінювати поведінку пацієнтів, демонструючи їх власні успіхи та вказуючи на помилки і недоліки.

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

Обираючи стратегії спілкування з пацієнтом, лікар повинен враховувати психологічні аспекти міжособистійної взаємодії з пацієнтами та оцінювати ті вигоди, які можна отримати на конкретному етапі лікування. У цьому напрямку нами пропонуються "стратегії відкритого спілкування, яке передбачає бажання і вміння повно виразити свою точку зору і готовність врахувати позицію пацієнта, дає змогу отримати найповніший обсяг необхідної інформації, але потребує значної кількості часу. У зв'язку з цим така стратегія більш прийнятна для спілкування з пацієнтами терапевтичних відділень" [28].

На практиці лікарі часто застосовують "закрите спілкування, особливо за умови значної різниці у ступені предметної компетентності пацієнта, вважаючи безглуздим витратити час і зусилля на підняття компетентності пацієнта. Таку стратегію часто обирають лікарі, які не спроможні зрозуміло висловити свою точку зору та наявну інформацію. Зазвичай це пов'язано з низьким рівнем професіоналізму або зі значним рівнем синдрому вигорання лікаря" [28].

Також нами пропонується для застосування різновид напівзакритої комунікації - одностороннє опитування, використовуючи яке, лікар повинен намагатися отримати від хворого комплекс потрібної йому інформації, не деталізуючи власне бачення медичної суті проблеми пацієнта. Лікарі для виконання власних фахових обов'язків потребують від пацієнтів лише тих даних, які стосуються безпосередньо факторів їх звернення до медичного працівника. При цьому лікарі уникають деталізувати низку проблем, пов'язаних із порушенням діяльності інших функціональних систем хворого, а особливо - його психологічних проблем. У цьому контексті варто зазначити, що подібний тип спілкування може давати позитивний короткотривалий ефект.

Зрозуміло, що не усі медичні працівники можуть однаково оволодіти компетентностями ефективного спілкування з хворими, яке вимагає і



емоційних, і часових затрат. Та досягти націленого результату і провадити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись базових загальних вимог спілкування: "бути тактовним, ввічливим, дотримуватися інтересів пацієнта, не осуджувати його, уникати суперечок, бути доброзичливим, привітним, повідомляти в потрібний момент пацієнтові потрібний йому обсяг інформації, дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його власних проблем, висловлювати свої думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуховувати й націлюватися на розуміння думки хворого враховувати його індивідуальні особливості заради інтересів діла" [16].

Досягти навичок оптимального варіанту спілкування, виробити систему необхідних психотехнічних й соціально-психологічних умінь, необхідних для спілкування, тобто навичок, пов'язаних з оволодінням процесами взаємовираження, взаєморозуміння, взаємозв'язку, взаємовідносин, взаємовпливу, можна на соціальних й психологічних тренінгах спілкування у закладах охорони здоров'я. На тренінгах медичні психологи можуть:

- психологічно стимулювати активність ефективної взаємодії з пацієнтами;
- сприяти набуттю компетентностей правильно психологічно й ситуативно розпочинати спілкування з хворим, його близькими, чи колегами по роботі;
- точно психологічно визначати момент закінчення спілкування з хворим так, щоб у нього не було відчуття, що лікар немає часу або йому нецікаво з ним розмовляти;
- максимально застосувати соціально-психологічні характеристики комунікативної ситуації для переконання пацієнта щодо доцільності і правильності лікування тощо;
- психологічно налаштовуватися на емоційний стан пацієнтів;
- прогнозувати потенційні варіанти розвитку комунікативної парадигми, в межах якої відбувається спілкування, щоб не створювати в хворого відчуття надмірної близькості з медичним працівником чи його надмірної

зацікавленості пацієнтом;

- прогнозувати та аналізувати реакції хворих на низку комунікативних дій задля одержання бажаних для лікування результатів; вміння оволодіти та утримувати ініціативу у спілкуванні з пацієнтом; вміння спровокувати бажану реакцію пацієнта;
- створювати та управляти психологічним станом хворого.

Задля цього лікар має володіти навичками самообілізації, регулювання процесів самонастроювання, саморегулювання, вміння нівелювати психологічні бар'єри у взаємодії; знімати надмірне напруження у хворого; емоційно налаштовуватися на ситуацію спілкування з хворим та його близькими; психологічно і фізично підлаштовуватися до хворого; адекватно психологічно до ситуації взаємодії підбирати ритм розмови, жести, пози, прояви власної поведінки; особисто компонуватися задля досягнення поставленого завдання щодо взаємодії.

Під час спілкування пацієнта й лікаря відбувається процедура сприйняття і пізнання одне одного. У цьому напрямку базовою формою пізнання є емпатія як здатність емоційно сприйняти хворого, проникати в його внутрішній світ, приймати беззастережно та безоціночно всі почуття, думки й вчинки. Властивість до емоційного контенту у лікарів проявляється неоднаково, оскільки певна група лікарів спілкуючись із пацієнтом, не виявляють зацікавленості його психологічним станом, намірами; переживаннями, інша група медичних працівників фіксують окремі ознаки психічних проблем пацієнта, і тільки здатні до емпатії лікарі проявляють вміння зразу увійти в становище хворого не лише фрагментарно, а й впродовж всього процесу лікарської взаємодії. Рефлексії як одній із форм пізнання власних особливостей себе та інших людей притаманна специфіка до розуміння специфіки інших людей на підставі стереотипізації, коли за декількома рисами особу відносять до низки стереотипів й приписують їй набір характеристик, притаманних цьому стереотипові.

На нашу думку, подібна стереотипізація є негативною для формування

ефективних стосунків взаємодії між пацієнтом й лікарем. Будь-яка стереотипізація пацієнта обмежує лікарські можливості зрозуміти його психологічні особливості, переживання, які часто і виступають пусковим механізмом виникнення хвороб. На сприйняття пацієнтів впливає також і настрій лікаря, якщо він втомлений, сумний, то у першому враженні про хворого переважають негативні почуття і запам'ятовується вдвічі менше інформації, ніж при бадьорому, отже, щоб перше враження про пацієнта було повнішим і точнішим, важливо позитивно налаштуватися.

"Успішне фахове спілкування лікаря і пацієнта часто ґрунтується на міжособистісній атракції - взаємній симпатії, потягу між людьми, наданні переваги одних людей перед іншими. Коли йдеться про спілкування лікаря з пацієнтом, то міжособистісна взаємодія у пацієнта має високий ступінь очікувань, а сам лікар в силу професійних потреб часто повинен використовувати певні внутрішні та зовнішні процеси, що їй сприяють" [16].

Серед екзогенних детермінант очікування найбільш пріоритетними є потреба пацієнта у сприйнятті співрозмовників та їх емоційний стан. "Фізичну привабливість лікаря, його стиль спілкування, подібність між лікарем та пацієнтом, а також виявлення лікарем особистого підтримуючого й зацікавленого ставлення до пацієнта - основні внутрішні фактори, які власне й призводять до виникнення атракції" [3].

Під час соціалізації кожен індивід вчиться усвідомлювати, виявляти особисті емоції, розуміти й сприймати емоційні стани інших людей. Лікарю надзвичайно важливо досягти навичок сприймання та адекватного реагування почуттів й емоцій інших людей, адже вони відображають зміни, що відбуваються у лікарняному середовищі й внутрішніх відчуттях пацієнта, збільшують можливість розуміння переживань інших осіб, зміцнюють стосунки та допомагають взаємодіяти з ними.

Тракувати та оцінювати емоції інших доцільно, спостерігаючи за їх діями, реакціями, поведінкою. Контроль й усвідомлення за формою виявлення емоцій пацієнтів дає змогу управляти ними та допомагати це

робити самому пацієнтові. Оскільки у лікаря і пацієнта спільною метою є одужання пацієнта, їх емоційні відносини, як правило, є позитивними. У значній мірі цьому сприяють готовність хворого до саморозкриття та уміння лікаря щиро й неупереджено прийняти це саморозкриття.

Однак часто у взаємодії лікаря та хворого формується формальний варіант спілкування, який не враховує індивідуальних особливостей партнера, а ґрунтується лише на намаганні лікаря застосовувати способи психологічного впливу на нього, що не лише не сприяє одужанню пацієнта, а й може призводити до погіршення його стану в результаті витрачання значного ендогенного ресурсу не на подолання хвороби, а на відстоювання власної психологічної цілісності.

Спілкування лікаря з хворим повинно бути активним і мати зворотний зв'язок, застосовуючи широку низку й комплекс вербальних і невербальних засобів взаємодії і включати механізми рефлексії, тобто бути довірливим, оскільки тільки довіра до медичного працівника є тією детермінантою, котра обумовлює рівень психологічного комфорту хворого і його готовність виконувати усі вимоги лікаря та повністю сприяти власному одужанню.

Мета тактики міжособистісного спілкування на засадах довіри має спрямовуватися на встановлення психологічного контакту, раціонально сформованої психологічної дистанції, що покращує зворотний зв'язок у процесі самопізнання, дає пацієнтові психологічне полегшення, і забезпечує справжнє зближення з лікарем, а таким чином створює довіру до нього.

Довіра до медичного працівника вимагає чіткої оцінки його намірів, можливостей, фаховості. Вона відрізняється принципово від довіри та псевдовіри. Якість та результативність довірливого спілкування між пацієнтом і лікарем можна досліджувати як певний результат зусиль подолання психологічних бар'єрів й труднощів, як форма накопичення позитивного досвіду взаємодії, шлях до злагоди, емоційного і психологічного резонансу, котрий переживається й відчувається пацієнтом.

Психологічними індикаторами успішності міжособистісного

спілкування лікаря та хворого є задоволеність взаємодії через досягнення психологічного контакту і взаєморозуміння. Ключовими умовами успішності спілкування є контактність, комунікабельність, комунікативна згода лікаря і хворого. Для лікаря дуже важливим є уміння переконувати пацієнта, адже часто підвищений рівень тривожності й страх змушують пацієнтів відмовлятися від проведення необхідних лікувальних маніпуляцій чи діагностичних або нехтувати настановами й порадами лікаря.

Уміння застосовувати доказові й добре продумані аргументи, інформувати пацієнта про реальний стан його здоров'я та потенційні ускладнення часто вимагають від лікаря застосування специфічних прийомів раціонального переконання щодо пацієнтів, які звикли до виваженої оцінки інформації або ж умовляння, особливо коли йдеться про кризову ситуацію, а також з пацієнтами з невисоким інтелектуальним рівнем. Тому на сьогодні важливим є підвищення рівня соціального інтелекту у лікаря, який зумовлюватиме належний рівень адекватності та успішності фахової взаємодії, дозволяє зберегти його в умовах, що вимагають концентрації уваги, або надзвичайних ситуаціях психологічному дискомфорту у стресі.

Запорукою успішного функціонування лікаря у складних змінних фахових обставинах повинна стати соціальна компетентність як вироблення чітких поведінкових сценаріїв, котрі базуються на вербальній, комунікативній, міжособистісній орієнтації, соціально-психологічній компоненті, его-компетентності, узгоджуються з діючою ситуацією, так і очікуванням хворих. Основні функції такої компетентності повинні охоплювати суцільну інтеграцію загально соціального і особистого досвіду лікаря у його професійну діяльність.

### **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3**

Для проведення оцінки результатів взаємодії пацієнта й лікаря, котра в цілому демонструє успішність діяльності системи охорони здоров'я, як в

цілому так і окремих її напрямках, потрібно на всіх рівнях управління сформувати відповідні центри моніторингу і оцінки.

На рівні окремого медичного закладу за кожним із функціональних елементів комунікаційної компетентності лікаря: фахово-комунікативним, організаційно-технологічним, мотиваційно-ціннісним, рефлексивним ми пропонуємо оцінювати відповідні індикатори, які демонструватимуть готовність лікарів до ефективної міжособистійної взаємодії з пацієнтами. Усвідомлення значущості й ролі повноцінної комунікаційної компетентності лікарів може бути посилене через включення в окремо взятому закладі охорони здоров'я відповідних питань в зміст анкет щодо визначення рівня задоволеності пацієнтів якістю наданої медичної послуги.

Обираючи вектори спілкування з пацієнтом, лікар повинен враховувати психологічні аспекти міжособистійної взаємодії з ним та оцінювати конкретні вигоди, які може дати певна інформація на конкретному етапі лікування. Досягти навичок ефективного спілкування, сформувати систему необхідних психотехнічних й соціально-психологічних вмінь, потрібних для спілкування, тобто вмінь, пов'язаних з процесами взаєморозуміння, взаємовідносин, взаємовпливу, можна на соціально-психологічних тренінгах спілкування у закладах охорони здоров'я.

Взаємодія лікаря з пацієнтом має мати активний зворотний зв'язок, використовувати широкий комплекс вербальних й невербальних засобів спілкування, включати механізми рефлексії, бути довірливим, оскільки саме довіра до лікаря є тим чинником, який обумовлює рівень психологічного комфорту пацієнта.

## **ВИСНОВКИ**

Міжособистісна взаємодія лікаря та пацієнта є мистецтвом, для досконалого оволодіння яким потрібні значний досвід, висока професійна підготовка, а також вміння зрозуміти психологічний стан пацієнта, оцінити специфіку його характеру та світосприйняття. Фаховість лікаря полягає в тому, щоб вміти як індивідуалізувати так і диференціювати методи впливу на поведінку пацієнта. Фахова сила лікаря часто полягає і у вмінні отримати довіру до себе з боку хворого, у професійному оптимізмі й фаховій впевненості, які базуються на знаннях і досвіді. В основі має бути непохитне переконання лікаря в потенціалі наукової медицини і реальних можливостях застосування її досягнень на практиці.

Щоб отримати довіру пацієнта, лікарю не достатньо бути фахівцем, важливо вміти знайти підхід до пацієнта, тобто знати, що саме потрібно йому повідомити. Тому кожна комунікаційна взаємодія лікаря з хворим охоплює елементи медичної просвіти, зрозуміле пояснення плану лікування та прогнозування можливих результатів. У медичній практиці сформувалося кілька концепцій взаємодії пацієнта й лікаря, зокрема інформаційна, інтерпретаційна; дорадча; патерналістська. Найбільш застосовуваними на практиці є патерналістична й партнерська.

У структурі Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки функціонують: реєстратура; лікувальні відділення, до складу яких входять лікувальні кабінети, кабінет хірургічний, кабінет гігієни та профілактики стоматологічних захворювань; ортопедичне відділення: до складу якого входять ортопедичні кабінети та зуботехнічна лабораторія; рентгенологічний кабінет. З позиції фінансового супроводу діяльності Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки вона складається з трьох підрозділів: госпрозрахункове лікувальне відділення платних послуг №1, госпрозрахункове лікувальне відділення платних послуг №2, кабінет надання допомоги пільговим категоріям населення та госпрозрахункове ортопедичне відділення платних послуг. Крім платних послуг, надається безкоштовне терапевтичне, хірургічне та ортопедичне лікування пільговим категоріям населення, а саме: учасникам АТО, членам родин загиблих учасників АТО, реабілітованим особам та іншим пільговим категоріям населення, які мають право на отримання безоплатної стоматологічної допомоги.

Фінансові результати діяльності Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки демонструють позитивну динаміку, незважаючи на зростання собівартості наданих стоматологічних послуг. Даний результат вдалося досягнути через суттєве зменшення операційних витрат та диверсифікації доходів.



З метою об'єктивної оцінки фаховій компетенцій нами були детально вивчені посадові інструкції управлінського персоналу Тернопільської міської комунальної стоматологічної поліклініки. У посадових інструкціях детально описані вимоги до професії, зазначені, які функції виконує працівник, що повинен знати, які має права та обов'язки. Компетенції оцінювалися на п'ятибальною шкалою та продемонстрували достатньо високі значення, що свідчить про високий рівень фахових компетенцій, що повністю відповідає вимогам їх посад.

Міжособистісна взаємодія лікаря та пацієнта у даному стоматологічному закладі охоплює безпосередню взаємодію, особистісно-орієнтоване спілкування, врахування психологічних процесів і станів пацієнта, комунікативні практики, дотримання організаційно встановлених норм і правил, що уможлиблюють спілкування.

На рівні окремого закладу охорони здоров'я за кожним із функціональних компонентів комунікаційної компетентності лікаря - знаннєвим, професійно-комунікативним, мотиваційно-ціннісним, організаційно-технологічним і рефлексивним ми пропонуємо оцінювати відповідні індикатори, що демонструватимуть готовність лікарів до ефективної міжособистісної взаємодії з пацієнтами. Задля посилення довірчих відносин між пацієнтами та працівниками закладів охорони здоров'я доцільно проводити систематичне навчання медичного персоналу.

Для ефективної взаємодії між лікарем і пацієнтом необхідні взаєморозуміння, координація і узгодження інтересів й намірів. Взаємне бажання прояснити симптоматику й загальну ситуацію, узгодити з нею власну поведінку є потрібною умовою створення парадигми взаємодії, сприятливої як для одужання пацієнта, так і для роботи лікаря.

Запорукою успішної діяльності лікаря у складних змінних фахових ситуаціях повинна стати соціальна компетентність шляхом вироблення диференційованих поведінкових сценаріїв, які відповідають як реальній ситуації, так і очікуванням пацієнтів та базуються на комунікативній,

вербальній, соціально-психологічній, міжособистісній орієнтації. Соціальна компетентність повинна охоплювати соціальну адаптацію та інтеграцію інтелектуального потенціалу і власного життєвого досвіду лікаря у його фахову діяльність.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. URL: [http://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment\\_u\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovy\\_a](http://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovy_a)
2. Білінська М.М. Управління змінами в сфері охорони здоров'я. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. 2015. 80с.
3. 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
4. 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.
5. Вітенко І.С. Сімейна медицина. Психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 187с.
6. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 39-46.
7. Галіяш Н. Комунікативні навички в медицині : посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2019. 132 с
8. Горачук В.В., Гойда Н.Г. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я. URL: [http://www.nbu.gov.ua/old\\_jrn/chem\\_biol/sped/2012\\_1/015-18.pdf](http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf)

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 комунального некомерційного підприємства "Тернопільська стоматологічна поліклініка" Тернопільської міської ради.  
URL: <https://tmksp.te.ua/>
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. URL: [www.nbu.gov.ua](http://www.nbu.gov.ua)
13. Зайцев О. Алгоритм проведення акредитації закладу охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2017. № 2. С. 22-29
14. Заика В. Сервіс как инструмент в продажах услуг медицинского центра. *Практика управління медичним закладом*. 2016. N10. С.68- 72
15. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спес 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](file:Uzn_2013_4_19.pdf)
24. Критерії оцінювання якості роботи головних та старших медичних сестер медичного закладу: інформаційно-оціночний документ. URL: [emedsestra.mcfr.ua/article.aspx?aid=462276](http://emedsestra.mcfr.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-obuyayemo-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. Напресенко 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/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment/naukovyjmenedzhment-v-medytsyni>
35. Нищота А. 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.
36. Нищота А. Ю. 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.
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.mcfr.ua/article.aspx?aid=591637&utm\\_source=medsprava.com.ua&utm\\_medium=refer&utm\\_campaign=content\\_link](https://egolovlikar.mcfr.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](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html).
- 42.Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 11.09.2013 №795. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>
- 43.Про управління якістю медичної допомоги: наказ МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163 URL : [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100224\\_163.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html).
- 44.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.
- 45.Психологічні аспекти професійного вигорання серед медичних працівників – погляд на проблему / С. М. Андрейчин, Н. А. Бількевич, І. І. Ганьбергер [та ін.] // Сучасні здоров'язберезувальні технології : монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Х. : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2018..
- 46.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>
- 47.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>

- 48.Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. URL: [www.irbis-nbuv.gov.ua › cgi-bin › irbis\\_nbuv › cgiirbis\\_64](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64)
- 49.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.nbuv.gov.ua](http://www.nbuv.gov.ua)
- 50.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](http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_Briefng_Series/2013/PB_03_2013_ukr.pdf)
- 51.Технологія управління закладом охорони здоров'я.: дайджест /Укладач: Г.Я. Єржак. Дніпропетровськ: ДОНМБ, 2016. вип.4. с.16
- 52.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.
- 53.Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря. Київ: Центр учбової літератури, 2015. 334 с.
- 54.Хренов М. Автономізація закладів охорони здоров'я - це про конкуренцію. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2017 . №10. С. 16-19
- 55.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
- 56.Цивільний кодекс України. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T030435>
- 57.Черненко О. Рекомендації, які мають соціальне значення: як ефективно консультувати пацієнтів . *Управління закладом охорони здоров'я*. 2017. №12. С. 54-57

- 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. 16-31
- 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; 2015:772.



