

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет

САМСОНЮК Олена Олександрівна

**Етика взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі
охорони здоров'я/ Ethics of doctor-patient relationships in a
health care institution**

Спеціальність – 073 Менеджмент
Освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони
здоров'я

Виконав студент
групи МЗОЗзм21
САМСОНЮК О.О.

Науковий керівник:
к.е.н., доц. **Попович Т.М.**

Тернопіль -2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ЕТИЧНИХ ВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	6
1.1. Етичність взаємовідносин лікаря та пацієнта як ключовий елемент клієнтоорієнтованості у наданні медичної допомоги	6
1.2. Принципи дотримання етичних норм та їх вплив на формування міжособистісних стосунків лікаря і пацієнта у процесі надання медичної допомоги	13
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРАКТИКИ РЕАЛІЗАЦІЇ ЕТИЧНИХ ЗАСАД ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	20
2.1. Організаційно-функціональний базис формування етичних норм поведінки медперсоналу в досліджуваному закладі охорони здоров'я.	20
2.2. Аналіз сформованої моделі взаємовідносин лікаря та пацієнта в досліджуваного закладу охорони здоров'я.	27
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЕТИЧНИХ ВЗАЄМО ВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	33
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	46

ВСТУП

Актуальність теми. Етичність у взаємовідносинах лікаря і пацієнта є основою забезпечення довіри і відкритості між ними, що сприяє встановленню правильного діагнозу та вибору ефективного способу лікування, а отже, отримання позитивного результату та підтримання високих професійних стандартів надання медичних послуг. Дотримання етичних принципів з боку лікаря забезпечує, також, повагу до права пацієнта на повну і достовірну інформацію про стан його здоров'я та можливі ризики в лікуванні, сприяє активній участі у власному лікуванні та запобігає виникненню конфліктів. Окрім того, етичні принципи зобов'язують лікарів ставити інтереси пацієнтів як пріоритетні, що сприяє наданню якісних і гуманних медичних послуг.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Проблеми деонтології та формування етичних взаємин лікаря та пацієнта, були об'єктом досліджень багатьох вчених і практикуючих фахівців, таких як: Більченко О. С., Веденко Б. Г., Власов В. В., Грандо А. А., Гуревич С. С., Ковальова О. М., Михайлова О. Г., Назар П. С., Петров М. М., Позднякова С. О., Смольяков А. І., Стулов М. Г. та інші.

Мета дослідження – надати практичні рекомендації щодо побудови ефективної моделі етичних взаємин лікаря з пацієнтами з метою підвищення клієнтоорієнтованості закладу охорони здоров'я.

Для досягнення мети дослідження виконувалися такі завдання:

дослідити проблеми забезпечення етичності взаємин лікаря та пацієнта як ключового елементу клієнтоорієнтованості у наданні медичної допомоги;

узагальнити нормативно-правове підґрунтя забезпечення дотримання етичних норм надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я;

проаналізувати організаційно-функціональне забезпечення формування етичних норм поведінки медичного персоналу в досліджуваному закладі охорони здоров'я;

проаналізувати діючу модель стосунків лікаря та пацієнта в досліджуваного закладу охорони здоров'я;

надати рекомендації щодо перспектив вдосконалення етичних стосунків лікаря та пацієнта та посилення їх комунікативної складової у процесі надання медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – етичні взаємо відносини лікаря і пацієнта в закладі охорони здоров'я.

Предмет дослідження – процес формування етичних стосунків лікаря з пацієнтами в закладі охорони здоров'я.

Практична значущість роботи полягає у розробленні рекомендацій щодо створення умов для забезпечення належного дотримання етичних норм лікарського персоналу у взаєминах з пацієнтами .

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ЕТИЧНИХ ВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Етичність взаємо відносин лікаря та пацієнта як ключовий елемент клієнтоорієнтованості у наданні медичної допомоги

Визначальною умовою забезпечення результативності та успішності лікувального процесу є налагодження конструктивного діалогу та формування психологічного контакту лікаря з пацієнтом. Культура комунікування та спілкування лікаря з пацієнтом, його зовнішній вигляд і спосіб проведення обстежень не повинні викликати у пацієнта негативної реакції. Як зазначають фахівці «контакт лікаря з пацієнтом може призвести до появи в останнього нервозності, особливо при призначенні інвазивних обстежень чи виборі деяких складних методів лікування» [26]. Використовувані новітні технічні та цифрові досягнення в сфері охорони здоров'я «не повинні замінювати безпосередній контакт лікаря з пацієнтом, адже він лікує не лише хворобу, а насамперед хворого» [26]. Окрім того, має бути забезпечений індивідуальний підхід до конкретного клінічного випадку до кожного пацієнта окремо щодо надання лікарської допомоги.

Наукова думка стверджує, що фундамент для лікарської етики було закладено Гіппократом, який у своєму трактаті «Corpus Hippocraticum», обґрунтував доцільність впровадження в медичну практику головного принципу лікарської діяльності «не зашкодь!», а також довів необхідність застосування в лікуванні індивідуального підходу до кожного окремого пацієнта. «Без індивідуального підходу не може бути правильного розпізнавання хвороби та ефективного її лікування. На прояви хвороби впливають різні етіологічні чинники, особливості її розвитку тощо, але повну картину захворювання створює пацієнт із його індивідуальними соматичними психічними характеристиками, що потребує індивідуальної курації» [26].

В сучасних умовах медична етика «опікується всією сукупністю моральних чинників і правил поведінки, якими керуються працівники галузі охорони здоров'я в усіх сферах діяльності, і спрямована на задоволення потреб суспільства і кожної людини в збереженні та зміцненні здоров'я, а також у профілактиці й лікуванні хвороб» [12].

Загалом, лікарська етика за більшістю наукових підходів «розглядається як наука про моральні взаємостосунки лікаря й осіб, які залучені до загальноклінічного процесу» [7]. (схема 1.1).

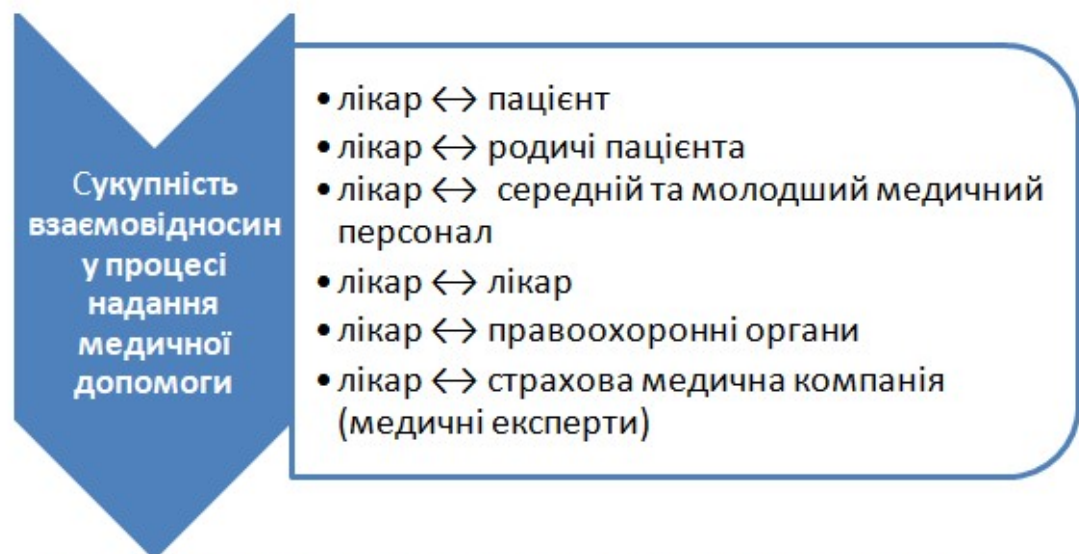


Рис. 1.1. Система взаємовідносин в закладі охорони здоров'я у процесі надання медичної допомоги [7]

Об'єктом нашого дослідження є взаємини, які формуються у рамках лікар-пацієнт.

На вибір етичних відносин лікаря і пацієнта суттєвий вплив має сформована модель їх взаємостосунків, передусім патерналістичної чи партнерської [26]. Відмінність цих моделей полягає у різних способах комунікації лікаря і пацієнта та автономії пацієнта у прийнятті рішень щодо процесів лікування. Так, зокрема, патерналістична модель характеризується провідною роллю лікаря, оскільки він володіє спеціальними професійними знаннями та компетенціями. Пацієнт сприймається як «пасивний» учасник процесу лікування, що покладається на професіоналізм і досвід лікаря. Основний акцент робиться на благо пацієнта, як його розуміє лікар. Дана модель ґрунтується на принципах універсалізму надання МД, емоційної

нейтральності лікаря, функціональній специфіці захворювання, авторитарності лікаря, готовності пацієнта до виконання його вимог. Перевагами моделі є швидкість прийняття рішень у випадках, що потребують невідкладних дій (наприклад, реанімація) або ж у випадках, коли пацієнт у силу психологічного стресу, страху або низької обізнаності не може або відмовляється від активної участі у прийнятих методах лікування. Лікар у цій ситуації бере на себе повну відповідальність за наслідки медичних втручань, що знижує тривожність пацієнта.

Сучасний стан розвитку медичних технологій та нових методів лікування включає не лише бачення лікаря як діяти, але й ґрунтується на рішенні пацієнта, в який спосіб діяти. Це стало основою для запровадження нових підходів у взаємостосунках «лікар-пацієнт», які дістали назву партнерської моделі. Її сутність полягає у рівноправній участі обох сторін в лікувальному процесі, які спільно приймають рішення. При цьому, пацієнт виступає активним суб'єктом таких рішень, бере участь у виборі методів лікування і несе відповідальність за своє здоров'я. Лікар стає партнером і виконує роль наставника, який пояснює всі варіанти лікування, їхні ризики та переваги. Характерними ознаками партнерської моделі є повна поінформованість пацієнта про характер захворювання, його вплив на життєву активність, можливі рецидиви і наслідки відмови від лікування, а також способи лікування; двохстороння комунікація; прозорість у прийнятті рішення. Перевагами такої моделі відносин є покращення довіри між лікарем і пацієнтом; зростання відповідальності пацієнта за своє здоров'я; забезпечення лікування, яке відповідає особистим переконанням і цінностями пацієнта.

Якщо в патерналістичній моделі основний фокус у взаєминах робиться на результаті лікування, тобто навилікуванні хвороби (виздоровленні пацієнта) незалежно від того, як цей результат буде отриманий, то в партнерській моделі такий фокус орієнтується не лише на процесах досягнення медичного результату, але й враховуються:

Таблиця 1.1.

Відмінності між моделями взаємостосунків лікаря і пацієнта [11]

Ознаки	Патерналістична модель	Партнерська модель
Роль лікаря	Авторитет, що приймає рішення	Партнер, порадник, співучасник лікарського процесу
Роль пацієнта	Пасивний учасник	Активний партнер
Рівень автономії пацієнта	Низький	Високий
Комунікація	Одностороння	Двостороння
Фокус	На результат	На процесах і бажанні пацієнта
Прийняття рішень	Лікар самостійно приймає рішення про спосіб лікування	Спільне ухвалення рішення про спосіб і схему лікування

індивідуальні бажання пацієнта, а саме, що для пацієнта є важливим у процесі лікування мінімізація побічних ефектів чи використання менш агресивних методів, які є особливі переконання у пацієнта щодо обсягу отримання допомоги ;

процес взаємодії між учасниками надання МД, а саме, лікар приділяє увагу не лише фізичному стану, а й емоційному та психологічному комфорту перебування пацієнта в лікарні, створенні довірливої атмосфери, де пацієнт відчувається залученим і почутим;

повага до прав пацієнта, а саме забезпечення його участі на кожному етапі прийняття рішення: від вибору діагностичних методів до планування лікування.

Запровадження партнерських відносин у стосунках «лікар-пацієнт» обумовлює підвищені вимоги до рівня фахової компетентності та моральних якостей лікаря, серед яких: мати комунікативні навички, уміти активно комунікувати та спілкуватися, поважати автономію пацієнта, співпрацювати з пацієнтом, проявляти розуміння до почуттів і переживання пацієнта тощо.

Загалом процес взаємостосунків та взаємодії лікаря і пацієнта складається з логічної послідовності контактів і дій, які включають: 1) початковий інтуїтивний контакт (в рамках якого налагоджується довірлива атмосфера і дружнє відношення до проблем пацієнта); 2) збір анамнезу та формування історії хвороби (пацієнт ділилися інформацією про свій стан здоров'я, симптоми, хворобу та спосіб життя, відповідаючи на уточнюючі

запитання лікаря); 3) проведення фізичного обстеження (лікар проводить огляд пацієнта для оцінки його стану, призначаються інші лабораторні або інструментальні обстеження); 4) обговорення результатів обстеження та встановленого діагнозу (лікар пояснює пацієнту діагноз захворювання, результати обстежень та їх вплив на стан здоров'я у доступній для розуміння пацієнтом формі); 5) спільне прийняття рішення про план лікування (лікар пропонує можливі варіанти лікування, враховуючи бажання і потреби пацієнта, пацієнт отримує відповіді на хвилюючі його запитання, спільно обирається оптимальний план лікування); 6) реалізація плану лікування (лікар призначає медикаментозне лікування, процедури або інші терапевтичні заходи, а пацієнт ретельно виконує всі інструкції щодо виконання рекомендацій); 7) контроль і спостереження (лікар організовує подальші консультації для оцінки ефективності лікування, а пацієнт повідомляє про свій стан, що дозволяє за потреби коригувати план лікування) (рис. 1.2).

Особливостями такого підходу у взаєминах лікаря і пацієнта є забезпечення послідовності процесу діагностування хвороби та лікування пацієнта, отримання повноцінної інформації для вироблення найбільш ефективної схеми лікування, впровадження партнерського підходу, що ґрунтується на довірі і розумінні необхідності здійснення певних медичних процедур; здійснення регулярного контролю, що гарантує досягнення бажаного результату лікування.

Як свідчать фахові дослідження [22] «бурхливе впровадження сучасних технічних засобів у медицині є однією з причин дегуманізації лікарської діяльності, що проявляється як лікарська байдужість до пацієнтів, грубість, безтактність тощо. Частою причиною скарг є недостатня грамотність лікарів, що призводить до розвитку тяжких ускладнень і нерідко смерті хворих» [22].



Рис. 1.1. Процес взаємостосунків лікаря і пацієнта в партнерській моделі [11]

Тобто, сьогодні взаємостосунки «лікар-пацієнт» доповнені елементом «прилад», що породжує певні протиріччя і викликає непорозуміння у взаєминах. На думку фахівців [22], у таких «умовах медик працює з іншими розумовими, моральними та психологічними категоріями, а його увага розподіляється між хворим та інформацією, яка надходить із діагностичних кабінетів та лабораторій. Оскільки в обстеженні та лікуванні пацієнта бере участь багато спеціалістів, то при цьому увага концентрується на окремій системі органів або певному органі, що створює ситуацію, при якій хворий не сприймається як єдине ціле» [22]. Інформатизація медичної допомоги підвищила результативність діагностичних процедур, зосередивши основну увагу лікаря на даних приладів і обмеживши потребу особистого спостереження за пацієнтом, оцінку його психологічного і емоційного стану, проявів емпатії.

Отже, саме в рамках партнерської моделі посилюється значення впровадження етичних підходів у взаємини лікаря і пацієнта, де головною ціллю є не лише медичний результат, але й гармонійний процес, у якому: пацієнт розуміє, що з ним відбувається; його побажання впливають на перебіг лікування; він відчуває себе повноцінним учасником лікувального процесу, а не об'єктом лікувальних маніпуляцій.

Відповідно до закладених норм Етичного кодексу лікаря в Україні, який встановлює морально-етичні рамки діяльності лікаря, взаємини лікаря і пацієнта формуються на таких основних засадах:

приймаючи рішення про надання пацієнту медичної допомоги (МД) лікар «повинен планувати свої дії стосовно цієї людини і стосунки з нею на засадах загальнолюдської етики і моралі, проголошеної Клятвою лікаря України, лікарської деонтології, а також Етичного кодексу лікаря України та Міжнародного кодексу лікарської етики» [8];

лікар є відповідальним за якість, безпечність і гуманність надання МД та інші професійні дії, пов'язані із втручанням у здоров'я пацієнта. Надання МД має здійснюватися виключно з урахуванням особливостей хвороби пацієнта та «використовувати методи профілактики, діагностики і лікування, які вважає найбільш ефективними в кожному конкретному випадку, виходячи з інтересів хворого» [8];

всі медичні втручання спрямовуються на забезпечення досягнення максимально можливого позитивного результату лікування. Впродовж усього періоду лікування пацієнту надається відповідна інформація про його стан і перебіг захворювання;

лікар не повинен «наражати пацієнта на невиправданий ризик, а тим більше використовувати свої знання в негуманних цілях» [8]. Якщо виникає дилема у виборі, який метод лікування застосувати, то лікар має керуватися не лише принципом «Не зашкодь» пацієнту, але й використати принцип «Принеси найбільшу користь» [8];

у процесі надання МД, «лікар зобов'язаний приділяти пацієнту достатньо часу і уваги, необхідних для встановлення правильного діагнозу,

виконання повного обсягу допомоги, обґрунтування приписів і рекомендацій щодо подальшого лікування, надання їх хворому у детальному і зрозумілому для нього вигляді» [8];

при визначенні способу лікування лікар надає можливість пацієнту взяти участь у прийнятті рішення про проведення тих чи інших медичних маніпуляцій (діагностичних та лікувальних процедур) та отримує його добровільну згоду на їх проведення. Така «згода має бути усвідомленою, хворого необхідно обов'язково поінформувати про методи лікування, наслідки їхнього застосування, зокрема про можливі ускладнення, а також інші альтернативні методи лікування» [8];

при здійсненні професійної діяльності «лікар не може пропонувати пацієнту методи лікування, лікарські засоби і медичні вироби, не допущені до загального застосування Міністерством охорони здоров'я України у визначеному законодавством порядку. Лікар може поінформувати пацієнта про те, що за кордоном використовуються й інші засоби і методи лікування його захворювання» [8].

Особливістю підтримки етичних взаємин між лікарем та пацієнтом є їх цільове спрямування на формування пацієнтоорієнтованого підходу у наданні медичної допомоги. Це проявляється у таких її важливих проявах [8]:

створюються передумови для формування довіри між лікарем і пацієнтом, забезпечуючи співпрацю у виробленні та прийнятті найбільш ефективної схеми лікування, що впливає на успішність процесу лікування загалом;

на перше місце висуваються інтереси пацієнта, його потреби та очікування в отриманні якісних і гуманних медпослуг;

формується безпечне середовище, де пацієнти можуть відкрито обговорювати власні проблеми та довірятися лікарю, оскільки гарантується їх право на конфіденційність інформації та збереження лікарської таємниці ;

пацієнт отримує вичерпну і достовірну інформацію про свій стан здоров'я, можливі способи лікування захворювання, з яким він звернувся до лікаря, та ризики (побічні ефекти), що можуть виникнути. Це сприяє

підвищенню розуміння наслідків лікування та посилює автономність пацієнта у прийнятті рішень;

забезпечується захист прав пацієнта на повагу, гідність і недискримінацію, рівний доступ до медпослуг незалежно від соціального статусу чи матеріального стану пацієнта;

етичні взаємини допомагають уникати конфліктів і непорозумінь між лікарями і пацієнтами, забезпечуючи гармонійні і продуктивні стосунки.

Наведені аргументи підкреслюють важливість етики у стосунках між лікарем і пацієнтом, оскільки вони впливають на якість медичних послуг, задоволеність пацієнтів і загальний стан здоров'я суспільства.

В контексті проведених досліджень важливо, також, зазначити, що взаємини лікаря та пацієнта часто супроводжуються етичними дилемами, які є ключовими викликами сучасної медичної практики. Як стверджують фахівці, [4] вони виникають через необхідність дотримання балансу між професійними обов'язками лікаря, правами пацієнта та морально-етичними нормами надання МД. Причини виникнення етичних дилем пов'язуються з неможливістю визначитися з вибором схеми лікування, обмеженістю наявних ресурсів для забезпечення потреб в лікуванні, конфліктністю інтересів між розумінням пацієнта і баченням процесу лікування лікарем, впливом релігійних або культурних передумов, укладення інформованої згоди, невпевненістю у конфіденційності наданої лікарю інформації. (рис. 1.3).

Вирішення етичних дилем у взаєминах лікар-пацієнт вбачається у: всебічному дотриманні принципів етичного кодексу медпрацівника, відкрите та чесному обговоренні потенційних ризиків і очікуваних позитивів лікування, урахування думки пацієнта, застосуванні міждисциплінарного підходу через залучення до вирішення складних випадків комісій з етики або інших фахівців; безперервному навчанні етичним підходам і розвитку комунікативних навичок; використанню інструменту посередництва для залагодження суперечностей і конфліктів, пов'язаних з дотриманням етичних відносин.



Рис. 1.3. Причини виникнення етичних дилем у лікарській практиці

Отже, етичні дилеми у взаєминах лікаря-пацієнта потребують чіткого балансу між медичною доцільністю, правами пацієнта й загальнолюдськими цінностями. Основою їх розв'язання є професійна етика, емпатія та відкритий діалог, що допомагає будувати довіру між лікарем і пацієнтом.

1.2. Принципи дотримання етичних норм та їх вплив на формування міжособистісних стосунків лікаря і пацієнта у процесі надання медичної допомоги

Як засвідчили дослідження, у процесах надання медичної допомоги ключове значення має характер та вибудована модель взаємин між лікарем і пацієнтом. Підведення під ці відносини правових механізмів та норм моральної відповідальності лікаря за наслідки професійної діяльності, дозволяє окреслити базові підходи до запровадження етичності таких взаємин та сформулювати засадничі принципи їх здійснення. Основним

документом, який наразі формує засадничі підходи щодо дотримання норм етичної поведінки у відносинах лікарі-пацієнта є Етичний кодекс лікаря України та положення Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [15] щодо необхідності дотримуватися у професійній діяльності «вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю» [15].

До основних принципів, що забезпечують дотримання етичних норм і професійних стандартів у медичній практиці, відносяться принципи: поваги до гідності пацієнта, довіри, конфіденційності, інформованої згоди, співпраці і партнерства, правдивості, не нанесення шкоди. Зазначені принципи формують фундаментальну основу для забезпечення гармонійних стосунків, довіри та ефективності лікування.

Одним із ключових аспектів у взаєминах лікар-пацієнт є принцип довіри, що служить основою для їх ефективної комунікації. Пацієнт повинен бути впевнений у компетентності лікаря, у його бажанні допомогти та дотримуватися професійних і моральних норм. Лікар, у свою чергу, має продемонструвати емпатію, чесність і відкритість, щоб сприяти створенню позитивної атмосфери, у якій пацієнт може без певної застороги і страху висловлювати свої проблеми та побоювання.

Конфіденційність є не меншим важливим принципом, який забезпечує захист наданої пацієнтом інформації особистої інформації. Лікар зобов'язаний гарантувати, що всі отримані медичні дані залишаються доступними лише тим, хто має безпосереднє відношення до лікування, а також такі дані не будуть використовуватися без згоди пацієнта. Цей принцип напряду пов'язаний з правовою вимогою щодо недопустимості розголошення лікарської таємниці. Недотримання цього принципу може призвести до втрати довіри, втрати взаємодії, конфліктних ситуацій або навіть юридичних наслідків.

Особливу увагу варто приділяти принципу інформованої згоди, який покликаний забезпечити надання пацієнту повної та зрозумілої інформації про його стан здоров'я, методи лікування, потенційні ризики і ускладнення у

лікуванні та можливі альтернативи у способі лікування захворювання. Принцип підкреслює автономію пацієнта, яка є однією з ключових цінностей сучасної медицини. Пацієнт має право ухвалювати рішення, спираючись на чесну й доступну інформацію, а лікар зобов'язаний надати її у зрозумілій для нього формі.

Принцип партнерства акцентує увагу на необхідності узгодження позиції лікаря та пацієнта та прийняття спільного рішення. Пацієнт, як активний учасник лікувального процесу, висловлює своє бажання та очікування, тоді як лікар враховує ці аспекти під час розробки плану лікування. Такий підхід до відповідальності пацієнта за власне здоров'я, знижує ймовірність конфліктів і ефективність лікування.

Повага до гідності пацієнта є наріжним каменем етичних відносин. Лікар, виробляючи план лікування, ураховує культурні, релігійні та особистісні переконання пацієнта, тим самим забезпечуючи створення атмосфери, яка мінімізує стрес і покращує позитивний досвід лікування.

Дотримання принципу щодо надання достовірної (правдивої) інформації забезпечує довіру та дозволяє пацієнту робити усвідомлений вибір. Лікар повинен уникати приховування критичних фактів, та враховувати психологічний стан пацієнта щодо їх усвідомлення. На практиці реалізація цього принципу є вкрай складною, оскільки він передбачає виконання двох протилежних вимог: дотримання права пацієнта на надання повної і правдивої інформації для усвідомленого прийняття рішення і одночасно враховувати морально-психологічний стан пацієнта, щоб не спричинити його поглиблення або посилення емоційних криз, що негативно може відобразитися на результаті лікування.

На рис. 1. 4. наведені принципи здійснення медичної практики лікарем, які є базовими щодо дотримання ним етичних норм поведінки, і які проектується на його взаємини з пацієнтами.



Рис. 1.4. Базові принципи етичної поведінки лікаря в процесі надання медичної допомоги

До моральних регуляторів етичності медицини, які приймаються в суспільстві і на базі яких формуються міжособистісні стосунки і взаємини лікаря і пацієнта, відносяться: релігійні переконання, культурні цінності, соціально-економічні умови життя, етнічні стереотипи тощо. Зогляду на їхнє різноманіття, наукова думка сформулювала чотири групи закономірностей в етичній комунікації, які повинні співіснувати та узгоджуватися між собою. Це моделі Гіпократу, Парацельса, деонтології та Біоетики, [14;6].

1) модель Гіпократу. Зосереджується на турботі про благо пацієнта, принципі «не нашкодь» та моральній відповідальності лікаря. Пацієнт довіряє своє здоров'я лікарю, який приймає рішення про спосіб лікування в його інтересах, часто без активного залучення пацієнта;

2) модель Парацельса. Орієнтується на пріоритет знань і компетенцій лікаря, наголошуючи на його ролі як носія «вищого знання», що творить добро Лікар виконує функцію наставника і цілителя, але взаємини залишаються односторонніми.

3) деонтологічна модель. Передбачає суворе дотримання професійних норм, етичного кодексу та обов'язків лікаря. Фокусує увагу на збереженні

довіри та гідності пацієнта через чітке дотримання правил. Домінує принципи «відповідності»;

4) Біоетика. Сучасний підхід, що базується на принципах автономії пацієнта, справедливості, турботі та правдивості інформації. Вона підкреслює партнерство між лікарем і пацієнтом, спільне прийняття рішень і врахування моральних цінностей обох сторінок. Домінуючим є принцип «поваги до прав і гідності особи».

Порівнюючи їх з точки зору використання етичних підходів у взаєминах лікаря-пацієнта, варто зазначити, що Гіпократ і Парацельс представляють традиційні моделі, де лікар має значну владу і відповідальність, а пацієнт виконує пасивну роль. Натомість, деонтологія встановлює рамки професійної поведінки лікаря, сприяючи етичній взаємодії через обов'язковість дотримання таких норм. Біоетика інтегрує традиційні принципи, додаючи акцент на рівноправність, прозорість та повагу до вибору пацієнта, відповідаючи сучасним вимогам етичності. Отже, можна стверджувати, що біоетика є еволюційним розвитком попередніх моделей, де лікарська етика адаптується до складних соціальних і моральних викликів.

Сучасні тенденції медичної практики дозволяють вибудовувати модифікації відомих моделей міжособистісних стосунків з акцентом на пріоритетності використання одного чи декількох принципів етичності. Із найбільш описаних у наукових джерелах, можна назвати:

технічну (інженерну) модель (за якою пацієнт представляється як «несправний механізм», що потребує певного «налагодження», та усунення певної «фізичної проблеми. Особистість пацієнта не враховується, але саме на нього лягає відповідальність за остаточні рішення» [18];

колегіальну (дорадчу) модель яка «передбачає, що в захисті здоров'я та ліквідації хвороби беруть активну участь як лікар, так і пацієнт. У разі низького рівня компетенції пацієнта, ця модель функціонує як інтерпретаційна. Лікар переконує в необхідності тих, чи інших дій і чекає схвалення пацієнта» [18];

контрактну (інформаційну) модель, що «передбачає наявність угоди, або контракту, який дозволяє лікарю уникнути відмови від моральних норм, а пацієнту – від відповідних очікувань. Така модель комунікації заснована на повному інформуванні пацієнта, який визначає процес лікування» [18].

Варто зазначити, що в сучасних умовах головним «етичним принципом медичної професії є принцип чесності і виконання обов'язків. Він передбачає, що медпрацівник не може відмовити людині в медичному лікуванні під будь-яким приводом. Крім того, діяльність медпрацівників спрямована на задоволення соціальних потреб і благ пацієнта, а не на досягнення власної матеріальної вигоди» [14].

Аналіз моделей та форм побудови етичних стосунків лікаря і пацієнта засвідчив, що усерозмаїття підходів до забезпечення їх результативної співпраці складається із таких базових компонентів [32]:

- а) підтримки як основи етичних відносин;
- б) розуміння як умови надання допомоги;
- в) поваги як основи етичності
- г) співчуття як емоційної складової взаємодії.

Ці елементи етичних відносин є тісно взаємопов'язаними між собою і формують цілеспрямовану систему, яка забезпечує ефективну та гуманну взаємодію в наданні МД. Вони не тільки доповнюють один одного, але й підсилюють загальний ефект, сприяючи довірі, партнерству та ефективності лікування. Характер зазначених компонентів наведено на рис. 1.5.

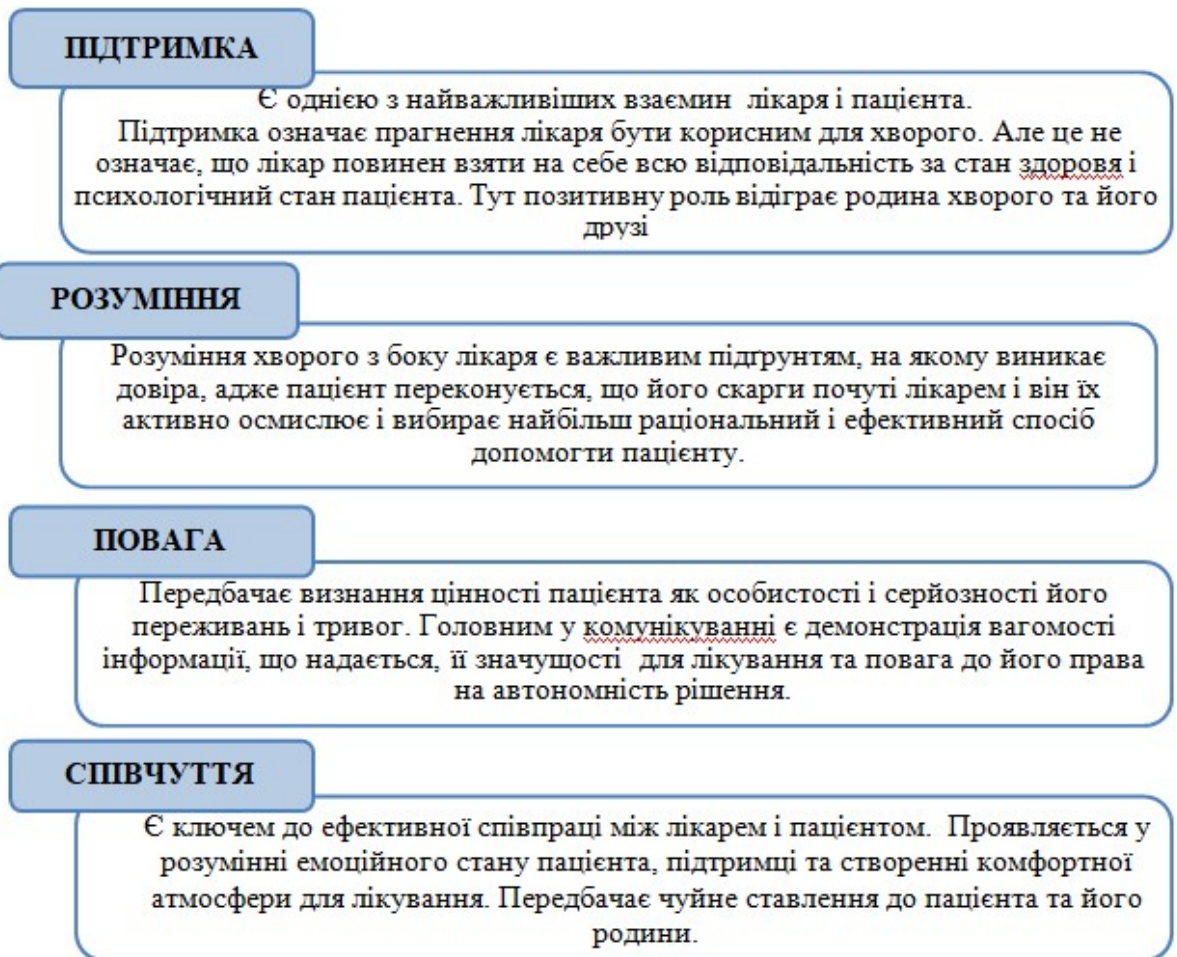


Рис. 1.5. Компоненти етичних взаємовідносин лікаря пацієнта [34]

Розглядаючи взаємозв'язок таких компонент, варто наголосити на таких їх синергетичних посиленнях одна одної:

допомога потребує розуміння потреб пацієнта, його фізичного, емоційного і психічного стану;

розуміння базується на повазі до особистості пацієнта;

повага формує основу для співчуття, адже лікар ставитися до пацієнта як до особи, що заслуговує на увагу й піклування;

співчуття є рушійним поштовхом для надання якісної МД, що враховує індивідуальні особливості пацієнта.

Лікар, який демонструє всі ці якості, не тільки виконує свої професійні обов'язки, але й забезпечує пацієнту емоційну підтримку, що позитивно впливає на результати лікування.

Загалом, за твердженням фахівців [28], професійну етичність лікаря варто розглядати як цілісний феномен, який поєднує в собі такі взаємообумовлені якості:

моральну свідомість (тобто, здатність усвідомлювати моральні норми, цінності та відповідальність перед пацієнтами, що проявляється в таких основних аспектах професійної діяльності як, гуманне ставлення до потреб пацієнта, етичність прийнятих рішень, емпатія та рефлексія, що супроводжується аналізуванням власної поведінки і діяльності та готовністю до вдосконалення);

моральну поведінку (яка дозволяє в практичних діях зреалізувати етичні принципи і норми поведінки через чесні і прозорі дії, збереження лікарської таємниці, справедливе ставлення до пацієнта, повагу до колег, емоційну підтримку та підтримку автономії пацієнта тощо);

професійну відповідальність (тобто, здатність лікаря брати на себе відповідальність за свої дії та рішення, що проявляється через безперервне підвищення професійних компетентностей та набуття нових знань і здатностей, забезпечення високої якості лікування, розуміння ризиків та прийняття зважених рішень щодо мінімізації завдання шкоди пацієнту, аналізування професійних помилок та їх виправлення).

Наведені професійні якості лікаря формують етичну основу його діяльності, забезпечуючи високі стандарти надання МД та підвищуючи довіру і задоволеність рівнем медичного обслуговування пацієнтів.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРАКТИКИ РЕАЛІЗАЦІЇ ЕТИЧНИХ ЗАСАД ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Організаційно-функціональний базис формування етичних норм поведінки медичного персоналу в досліджуваному закладі охорони здоров'я.

Аналіз чинної практики реалізації етичних засад поведінки медперсоналу проводився на матеріалах КНП «Багатопрофільна центральна районна лікарня» Слобідко-Кульчієвецької сільської ради (далі – КНП «БЦРЛ»). Дане підприємство є закладом ОЗ комунальної власності Слобідко-Кульчієвецької громади. До 2021р. воно перебувало у спільній власності ТГ району, але у зв'язку зі зміною адміністративно-територіального устрою, було передане у комунальну власність сільській громаді. Власником і засновником КНП є Слобідко-Кульчієвецька СР. Даний заклад надає вторинну (спеціалізовану) меддопомогу населенню Кам'янець-Подільського району та жителям Слобідко-Кульчієвецької ТГ.

Свою господарську діяльність КНП «БЦРЛ» здійснює на підставі затвердженого Статуту і керується у своїй роботі «Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказів та інструкцій Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідних рішень місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування» [42].

Статутний капітал підприємства становить 5000 грн. Для здійснення комерційної діяльності КНП використовує закріплене за ним майном та «залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством» [42].

Основними джерелами, що формують майно і кошти КНП, є передане засновником комун.майно, кошти місцевого бюджету, кошти НСЗУ, власні надходження, цільові кошти, кредити банків, інше майно, що надходить як безповоротна допомога. Відповідно до Статуту, КНП «БЦРЛ» організовує свою діяльність у відповідності до фінплану, який щорічно затверджується засновником. Виконання фінплану та власних зобов'язань є критерієм ефективності лікарні. Основним видом діяльності за КВЕД є «86.10 Діяльність лікарняних закладів» за видами: загальна медпрактика, спеціалізована медпрактика, стоматологічна практика. [41] (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Інформація про КНП «Багатопрофільна центральна районна лікарня» Слобідко-Кульчієвецької сільської ради

Повне найменування юридичної особи	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "БАГАТОПРОФІЛЬНА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" СЛОБІДСЬКО-КУЛЬЧІЄВЕЦЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ
Скорочена назва	кнп "БЦРЛ" СЛОБІДСЬКО-КУЛЬЧІЄВЕЦЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ)
Засновник	СЛОБІДСЬКО-КУЛЬЧІЄВЕЦЬКА СІЛЬСЬКА РАДА
Код ЄДРПОУ	02004634
Дата реєстрації	12.08.1996 (28 роки 9 місяців). Реєстрація – 2021р.
Організаційно-правова форма	Комунальне підприємство
Статутний капітал	5000 <u>грн</u>
Види діяльності	
Основний:	86.10 Діяльність лікарняних закладів 68.20 Надання в оренду й експлуатацію власного чи орендованого нерухомого майна 96.01 Прання та хімічне чищення текстильних і хутряних виробів

Основна мета діяльності КНП – це «забезпечення медичного обслуговування населення, що постійно проживає (перебуває) на території Кам'янець-Подільського району, шляхом надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації ... у плановому порядку або в екстрених випадках» [42].

Предмет діяльності КНП, який корелюється з метою його роботи, передбачає виконання функціональних завдань, пов'язаних зі здійсненням медичної практики з надання вторинної меддопомоги; організування

надання такої допомоги пацієнтам та широкого спектру послуг з консультування, діагностування, реабілітації хворих та профілактики захворювань; забезпечення взаємодії з іншими ЗОЗ; координування діяльності лікарського персоналу з іншими суб'єктами надання мед послуг; забезпечення участі у реалізації державних, регіональних та місцевих програм; вироблення планів власного розвитку тощо. Більш конкретизований перелік функціональних завдань КНП наведено на рис. 2.1.

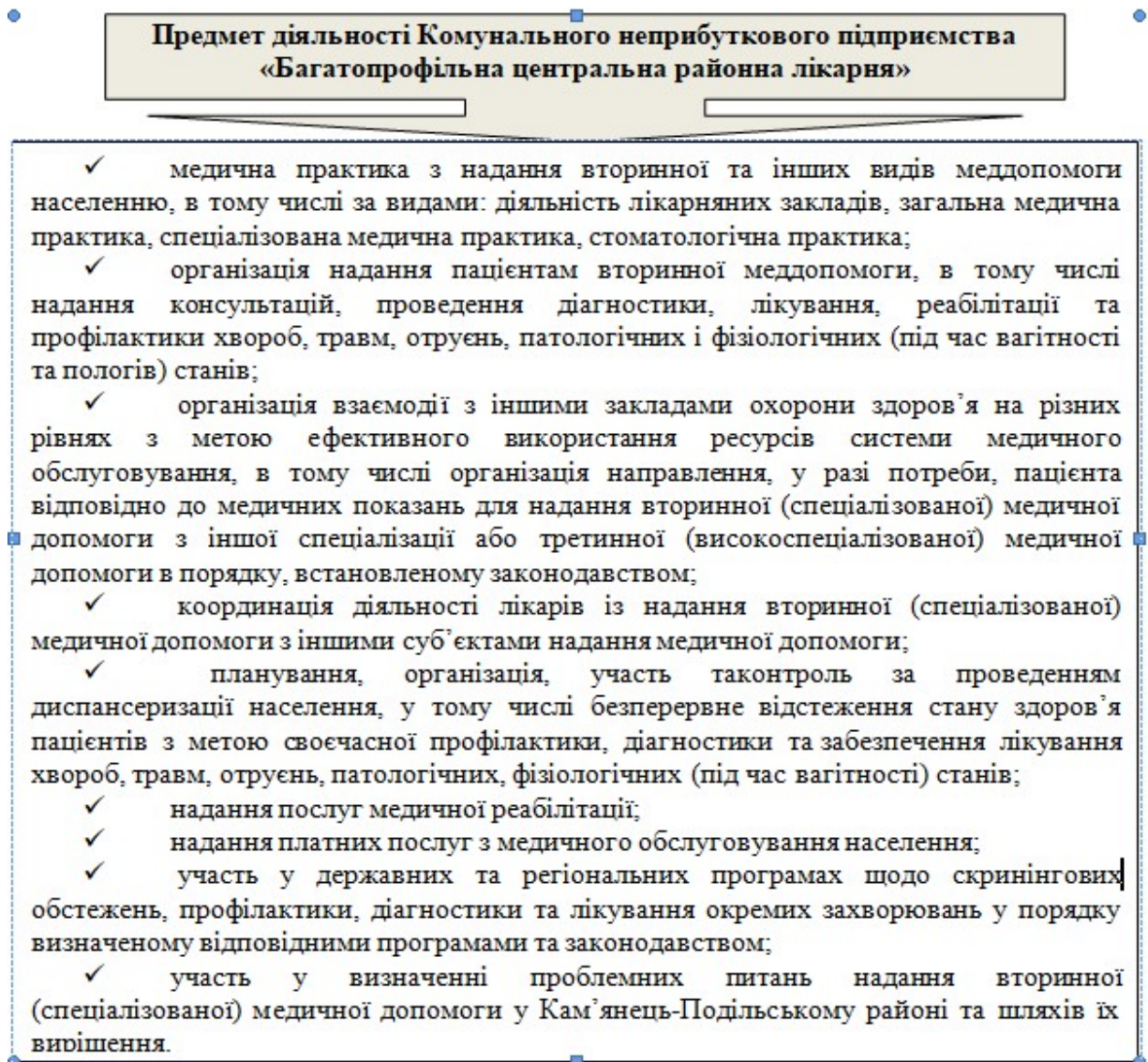


Рис. 2.1. Предмет діяльності КНП «Багатопрофільна центральна районна лікарня»

Щодо внутріорганізаційної побудови КНП «БЦРЛ» то до складу лікарні входять:

поліклініка;

8 стаціонарних від ділень для цілодобового перебування пацієнтів (анестезіологічне з палатами інтенсивної терапії, інфекційне, терапевтичне, неврологічне, гінекологічне, хірургічне, педіатричне, травматологічне,

4 кабінети (проф.оглядів, функціональної діагностики, фтизіатричний, психіатричний);

клініко-діагностична лабораторія;

допоміжні служби.

Загальна потужність стаціонару КНП складає 278 ліжок, з яких терапевтичні ліжка становлять -15 одиниць; кардіологічні -15; інфекційні дорослі -110; інфекційні дитячі -25; хірургічні -21; онкологічні -2; урологічні -3; хірургічні гнійні -5; травматологічні -23; нейрохірургічні -4; отоларингологічні -2; гінекологічні -25; неврологічні -13; офтальмологічні -5; педіатричні -10; хоспісні і ліжка інтенсивної терапії [41]. Найбільша кількість ліжок зосереджено у інфекційному відділенні (48,6%), гінекологічному (9,0%), травматологічному (8,2%), хірургічному (8,6%), неврологічному (4,6%).

Функціонування ліжкового фонду лікарні у 2021-2023рр. проілюстровано на рис. 2.2.

Як свідчать дані, впродовж останніх трьох років кількість госпіталізованих пацієнтів має стійку тенденцію до скорочення з 9,1 тис. осіб в 2021р. (ковідний рік) до 8,4 тис. в 2023р., або скорочення склало 9,2%. Основними причинами такої тенденції стали не позитивні зміни у здоров'ї громадян, а скоріше були викликані їх неспроможністю оплатити медичні послуги, міграцією частини населення пов'язаною з військовою агресією, змінами умов надання послуг вторинної медицини, де необхідною умовою її безкоштовного надання є направлення сімейного лікаря. Водночас, які свідчать розрахунки, за цей період середня кількість днів перебування в стаціонарі скоротилася з 8,4 ліжко/днів в 2021р. до 8,1 в 2023р.

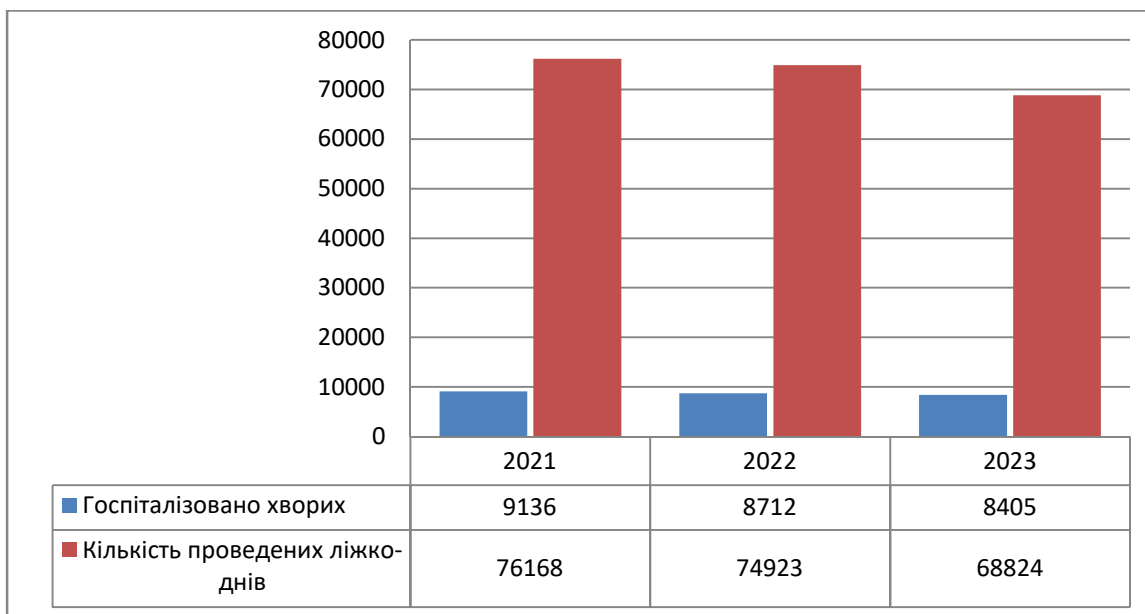


Рис. 2.2. Динаміка госпіталізації пацієнтів в КНП «БЦРЛ»

Система управління КНП формується адміністративною службою, в склад якої входять Генеральний директор, медичний директор, їх заступники, керівництво структурних та функціональних підрозділів.

Відповідно до статутних вимог, оперативне управління лікарнею здійснює генеральний директор, який призначається і звільняється за рішенням сесії Слобідко-КульчієвецькоїСР. Основний функціонал керівництва лікарнею зосереджений на:

оптимізації діяльності лікарні відповідно до потреб жителів громади і району у спеціалізованих видах меддопомоги та в рамках вимог медичного реформування ;

забезпеченні доступності всіх громадян до якісної меддопомоги;

оновленні МТБ лікарні, осучасненні медичних технологій та впровадженні нових методів лікування і діагностування;

забезпеченні безперервного профрозвитку персоналу лікарні через індивідуалізацію їх потреб у навчанні;

впровадженні сучасних МІС та електронних систем управління;

укладанні угод з НСЗУ та розширення пакетів надання мед послуг за програмою медичних гарантій;

виконанні вимог щодо впровадження заходів протиепідемічного характеру;

гарантуванні безпечних умов роботи медперсоналу та належному мотивуванню до ефективної роботи;

забезпеченні дотримання норм і правил етичності поведінки медперсоналу та деонтології.

В частині забезпечення розвитку лікарні, керівництвом визначаються головні напрями діяльності та розробляються відповідні плани. На сьогодні у затвердженому плані розвитку КНП визначені такі пріоритетні напрями (рис. 2.3)



Рис. 2.3. Пріоритети розвитку КНП «БЦРЛ»

Надання меддопомоги у лікарні забезпечують 462 медичних працівники, з яких посади лікарів займає 77 осіб (або 16,7% у загальній чисельності працюючих) , середнього медперсоналу – 192 осіб (або 41,7%), молодшого медперсоналу – 136 особи (29,5%), адміністративний персонал – 43 особи (9,3%) , та інші – 2,8 % (рис. 2.4).

Варто зазначити, що на даний час лікарня не повністю укомплектована вузькопрофільними спеціалістами, зокрема за лікарськими посадами - показник укомплектованості становить 78,6%. Посади середнього медперсоналу укомплектовані на 93,0%, молодшого – на 92,9% .



Рис. 2.4. Структура медичних працівників в КНП «БЦРЛ»

У фінансовому відношенні діяльність КНП «БЦРЛ» у 2023р. характеризувалася такими даними: дохід лікарні від реалізації послуг склав 40633,0тис грн , (що на 2,5% менше, аніж в 2022р.), в т.ч. за рахунок коштів НЗСУ – 24319,0 тис. грн (що на 5300тис.грн. менше 2022року). Чистий дохід лікарні у 2023р. 683,2 тис. при плані 7500тис.грн. Недовиконання плану склало 91%. Аналіз структури доходів КНП засвідчив, що левову частку його доходів у 2023 р. формували надходження за надання пакетів мед послуг за програмою медичних гарантій (62,%) , не операційних доходів ((21,2%), інших доходів операційної діяльності (17,5%). Чистий дохід по відношенню до загального його обсягу склав 1,7% при плані – 16,3%. Причинами погіршення фінансового стану КНП стало скорочення обсягу надання мед послуг за програмою фінансових гарантій та недофінансування з місцевого бюджету.

У загальних витратах лікарні частка витрат на оплату праці складає 78,4 %, матеріальні витрати – 20,8%, в т.ч. на придбання медикаментів та перев'язувальних матеріалів – 10,0 %, оплату комунальних послуг – 8,9%.

Основними загрозами діяльності КНП є продовження воєнних дій, і проблеми, що ними породжуються економічного, без пекового та фінансового характеру, відтоком кваліфікованих медичних працівників, висока залежність від фінансування надання МП за пакетами фін.гарантій та стану бюджету громади, недостатність фінансових можливостей для придбання сучасного медобладнання тощо.

Згідно завдань плану розвитку лікарні на перспективу будуть використовуватися як внутрішні сильні сторони лікарні, так і можливості через «можливість отримувати додаткові потоки пацієнтів через покращення інфраструктури та сполучення; залучення зацікавлених сторін (інвесторів) щодо покращення матеріально-технічної бази лікарні. Оптимізація утримання приміщень; Удосконалення системи надання невідкладної медичної допомоги шляхом залучення медичних кадрів; Вигоди від державного та приватного партнерства; Надання та розширення платних медичних послуг при платоспроможності населення» [40].

2.2. Аналіз сформованої моделі взаємовідносин лікаря і пацієнта в досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Аналіз складених в КНП взаємин між лікарем і пацієнтом дозволяє стверджувати, що такі відносини вибудовуються на партнерській моделі доповненій елементами колегіальності, що передбачає найбільш повне застосування принципу довіри та взаємної згоди.

Загальний алгоритм взаємовідносин лікаря і пацієнта в КНП можна описати такою послідовністю дій і взаємин:

Встановлення контакту. Лікар вітає пацієнта, представляє та пояснює свою роль. Створюється доброзичлива атмосфера, що демонструє повагу до пацієнта. Лікар звертає увагу на вербальну та невербальну комунікацію, проявляючи емпатію та готовність слухати.

Збір інформації про стан пацієнта. Лікар активно слухає пацієнта, дозволяючи йому вільно висловити свої захворювання та занепокоєння.

Використовується мова, зрозуміла пацієнту, без надмірної медичної термінології. Уточнюються всі аспекти, пов'язані з фізичним, емоційним і соціальним станом пацієнта.

Обговорення діагнозу та можливих варіантів лікування. Лікар чесно та об'єктивно інформує пацієнта про результати обстеження і попередній діагноз. Розглядаються різні варіанти лікування з їх перевагами та ризиками. Пацієнту надається достатньо часу для розуміння інформації та уточнення питань.

Залучення пацієнта до прийняття рішення. Лікар підкреслює важливість активної участі пацієнта у виборі лікувальної стратегії. Забезпечується повага до автономії пацієнта, з урахуванням його цінностей, переконань і бажань. Рішення продовжується спільно, на основі детального обговорення та консенсусу.

Реалізація обраного плану лікування. Лікар пояснює етапи лікування, його цілі та очікувані результати. Пацієнт отримує чіткі інструкції, які супроводжуються поясненнями, зрозумілими для нього. Лікар підкріплює довіру, демонструючи підтримку та готовність допомоги на кожному етапі.

Моніторинг і зворотній зв'язок. Під час наступних візитів лікар уточнює у пацієнта його самопочуття, ефективність лікування та можливість побічних ефектів. Пацієнт має можливість висловити свої враження та побажання щодо лікування. Лікар коригує план потреби, виходячи із зворотного зв'язку.

Підтримання довгострокових відносин. Лікар залишає пацієнту можливість для подальшого спілкування (контакти, наступні прийоми). Наголошується на важливості профілактики та підтримки здоров'я. Лікар завершує взаємодію, підкреслюючи свою готовність надати допомогу в майбутньому.

Етичними елементами даного алгоритму є:

Уважне ставлення до пацієнта: акцент на рівності та партнерстві у відносинах.

Прозорість стосунків і взаємин - лікар відкрито ділиться інформацією, пояснюючи кожен крок у діагностиці та лікуванні.

Емпатія - врахування психічного стану пацієнта та підтримка у складних ситуаціях.

Підтримка автономії пацієнта - забезпечення права пацієнта на самостійний вибір, без тиску з боку лікаря.

Чесність - об'єктивна інформація про ризики, побічні ефекти та реалістичні очікування від лікування.

Такий алгоритм в роботі з партнерським підходом із збереженням етичних принципів, забезпечує довіру, ефективність лікування та задоволення пацієнта.

Недотримання етики у взаємовідносинах між лікарем і пацієнтом може мати серйозні наслідки, які впливають на пацієнта, медичний заклад та суспільство в цілому.

1. Для пацієнта це є

втрачена довіра. Пацієнт може втратити віру в лікаря або медичну систему в цілому. Це може порушити його готовність звернутися за допомогою в майбутньому.

психологічна травма. Недотримання етичних норм (грубе ставлення, порушення конфіденційності тощо) може викликати емоційний стрес, тривожність або депресію.

погіршення здоров'я. Невиконання лікарем своїх обов'язків (наприклад, через упереджене ставлення) може призвести до неправильної діагностики або лікування.

юридичні наслідки. Пацієнт може подати скаргу чи судовий позов через порушення його прав.

2. Для лікаря це

юридична відповідальність, недотримання етики може призвести до оформлення ліцензії, штрафів або інших правових наслідків.

втрата професійної репутації. Лікар, який порушує етичні принципи, ризикує втратити довіру втрати, колег і суспільства.

Моральні наслідки. Почуття провини або внутрішнього конфлікту через усвідомлення порушення професійних стандартів.

3. Для медичного закладу це зниження престижу. Випадки порушення етики можуть завдати шкоди репутації закладу.

фінансові витрати. Судові процеси чи відшкодування шкоди пацієнтам можуть стати значним фінансовим тягарем.

втрата пацієнтів. Люди можуть уникати звернення до закладу, де були помічені етичні порушення.

4. Для суспільства це зниження довіри до медичної системи. Повторні випадки порушення етики можуть викликати недовіру до медицини загалом.

соціальна напруга. Порушення етики в медицині може стати причиною публічного резонансу й обговорення на рівні суспільства та влади.

Отже, недотримання етики у відносинах лікарів і пацієнтів має негативні наслідки на всіх рівнях. Воно підриває фундаментальні цінності медичної професії, що базуються на довірі, повазі й гуманності. Тому важливо впроваджувати освітні програми, етичний контроль та механізми запобігання подібним ситуаціям.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕТИЧНИХ

ВЗАЄМОВІДНО СИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ДОСЛІДЖУВАНОМУ

ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У цілісній системі взаємин лікаря і пацієнта налагодження ефективної комунікативної взаємодії є одним із ключових завдань забезпечення етичності взаємин та посилення довіри пацієнта до рішень лікаря. Значення такої взаємодії полягає в тому, що правильно налагоджена комунікація:

по-перше, дозволяє пацієнту прийняти правильне рішення про спосіб лікування за умови відкритого і доступного для його розуміння спілкування та наданої лікарем інформації про стан його здоров'я ;

по-друге, знижує рівень стресу та його тривожності, оскільки пацієнт отримує можливі варіанти для вирішення проблемних питань стану власного здоров'я;

по-третє, забезпечує якість процесу лікування, оскільки ефективно проведене опитування пацієнта дозволяє лікарю отримати повну інформацію про стан пацієнта і призначити відповідне лікування;

по-четверте, формує основу для підтримки принципів автономії пацієнта, інформованої згоди та уважного ставлення до потреб пацієнта.

Недостатня увага до побудови ефективної комунікації може спричинити непорозуміння між сторонами, втрату довіри та зниження результативності співпраці.

Опираючись на авторські узагальнення проблем комунікації між лікарем та пацієнтом в сучасній медичній практиці [24], та аналіз процесів комунікування в досліджуваному ЗОЗ, можна констатувати, що основними їх причинами є: емоційні бар'єри (пацієнт відчуває страх або ж незручність, що ускладнює обговорення особистісних проблем зі здоров'ям); культурні відмінності (коли є певна лікарська упередженість щодо світоглядних позицій пацієнта або ж нехтування його переконаннями, що пояснюється потребою рятувати життя); використання специфічної медичної термінології

(надмірно складна мова лікаря може бути незрозумілою для пацієнта, що породжує відсторонення пацієнта від предмету обговорення і спричиняє неспокій і тривогу); часові обмеження для спілкування (недостатність часу на детальну розмову з пацієнтом через високу завантаженість лікаря викликає у пацієнта відчуття неувважності і байдужості до його проблем), особистісні якості лікаря та пацієнта (як от конфліктний стиль спілкування однієї зі сторін). Опис причин виникнення бар'єрів комунікативного спілкування та можливі наслідки невирішеності проблем, подані в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Причини виникнення бар'єрів у спілкуванні лікаря і пацієнта

Види бар'єрів	Причини виникнення	Можливі наслідки
Емоційний	Стрес і тривожність пацієнта через стан здоров'я. Страх почути неприємний діагноз або наслідки лікування. Відсутність емоційної підтримки зі сторони лікаря.	Пацієнт може приховувати важливу інформацію про свій стан. Непорозуміння між сторонами щодо діагнозу та лікування.
Культурні та соціальні відмінності	Різниця в релігійних або етичних переконаннях. Соціальні стереотипи або дискримінація. Специфіки культурних звичаїв пацієнта.	Недовіра пацієнта до рекомендацій лікаря. Відмова від запропонованого лікування, якщо воно не сприяє переконанню пацієнта.
Використання специфічної медичної термінології	Використання медичної термінології, незрозумілої для пацієнта. Відсутність перекладача для власності іншомовного походження. Неповне або нечітке пояснення діагнозу чи план лікування.	Пацієнт не розуміє суті лікування, що знижує його ефективність. Відсутність зворотного зв'язку через нерозуміння запитань лікаря.
Часові обмеження	Висока завантаженість лікарів, особливо в державних закладах охорони здоров'я. Недостатній час на пояснення пацієнтів складних медичних питань.	Поверхове спілкування, яке не враховує потребу пацієнта. Недостатня довіра до лікаря через його " <u>відстороненість</u> ".
Особистісні якості лікаря чи пацієнта	Недостатній рівень <u>емпатії</u> чи професійного досвіду лікаря. Закритість або недовіра з боку пацієнта. Конфліктний стиль спілкування однієї зі сторін.	Виникнення конфліктів, які дозволяють процес лікування. Невиконання пацієнтом рекомендацій через непорозуміння

Наслідки відсутності конструктивного спілкування лікаря і пацієнта можуть проявитися у: погіршенні якості лікування; втраті довіри до рекомендацій

лікаря та і уникнення звертання до даного закладу за послугою в майбутньому; відмові пацієнта від лікування або ж ігнорування рекомендацій лікаря, що призведе до не прогнозованості результатів лікування; спричиненні емоційного стресу та погіршенні психологічного стану пацієнта; етичних проблемах, оскільки породжені комунікативними бар'єрами непорозуміння можуть стати причиною виникнення конфлікту або скарги, що може вплинути на репутацію закладу.

Як зазначають фахівці [32], в сучасних умовах однією з проблем у комунікуванні є «відсутність конструктивного діалогу медпрацівників з рідними пацієнта» [32], передусім щодо врахування їхнього бажання, а часто і вимоги, можливості застосування альтернативних більш осучаснених методів лікування. Часто такі вимоги простого ігноруються без пояснення або аргументації причин. Така позиція часто призводить до виникнення конфліктних ситуацій, а в разі появи ускладнень лікування, може призводити до скарг і судових позовів [32].

Іншою вагомою проблемою у комунікуванні є відсутність емоційного контакту лікаря з пацієнтом. Уміння налагодити такий контракт є ознакою професіоналізму лікаря, адже «емоційний контакт з пацієнтом підвищує його довіру; полегшує виконання процедури або інших методів втручання; додає йому оптимізму, сприяє позбавленню комплексів; зменшує почуття страху, кількість проявів неадекватних реакцій, низьких волевих якостей, негативізм, схильність до симуляції та дисимуляції; дає змогу запобігти рідкісним і небезпечним психосоматичним реакціям, коли страх медичних маніпуляцій може спричинити до зриву компенсаторних механізмів» [32].

Для того, щоб вибудувати ефективні комунікативні взаємини для лікаря важливо володіти здатністю не тільки слухати, але й чути пацієнта та демонструвати зацікавленість інформацією про проблеми його здоров'я. Уже на початковому етапі збирання первинної інформації, варто ставити чіткі і прямі запитання, відповідь на які дасть можливість не лише мати загальне уявлення про хворобу пацієнта, але й уникнути в подальшому непорозуміння. Це важливо з огляду на те, що такі непорозуміння часто призводять до

конфліктів, оскільки пацієнт не розуміє як його будуть лікувати, якого результату варто очікувати, якою є його роль у цих процесах тощо. Від цього, також, залежать рівень його задоволеності/незадоволеності обслуговуванням, наявність чи відсутність оптимістичних очікувань, психологічна адаптація.

Найбільш емоційним та психогічно-стресовим у взаєминах лікаря і пацієнта є інформування пацієнта про потенційно можливі ризики обраного способу лікування, якщо не можна обрати альтернативного, та надання правдивої інформації про стан здоров'я пацієнта, якщо існують реальні загрози його життю або проведені лікувальні процедури не є ефективними на певному періоді часу.

Ризики лікування є невід'ємною частиною медичної практики, оскільки жоден метод лікування не гарантує 100% безпеки чи ефективності. Важливо, щоб лікар правильно інформував пацієнта про можливі ризики, дотримуючись принципів інформованої згоди. До основних правил такого інформування можна віднести:

- використання простої і доступної мови та пояснення критичної ситуації. При можливості проілюструвати можливі ризики.

- опис можливих ризиків і їх ймовірності, пояснити які ускладнення є очікуваними і якою є статистика позитивного виходу;

- обговорення альтернативних методів лікування, оскільки пацієнт має право знати про інші варіанти лікування, навіть якщо вони менш ефективні або більш ризиковані;

- надання письмової форми інформованої згоди з докладним описом можливих ризиків і методів лікування. Пацієнт повинен підписати її після того, як зрозуміє всі аспекти процесу лікування;

- надання пацієнту можливості поставити запитання та отримати детальну відповідь.

Інформування про ризики лікування є важливим кроком у побудові довіри між лікарем і пацієнтом. Відповідальний підхід до цієї комунікації допомагає уникнути непорозумінь, юридичних конфліктів і покращує

результати лікування завдяки усвідомленій співпраці пацієнта з лікарем. При інформуванні пацієнта про можливі ризики лікування має бути забезпечений етичний підхід, який полягає у прозорості і правдивості наданої інформації, повазі до права пацієнта прийняти самостійне рішення, прояві розуміння і турботи про стан пацієнта.

Сучасні виклики, такі як підвищення вимог до етичності, цифровізація медичної сфери та зростання кількості інформаційних ресурсів, вимагають удосконалення комунікативних навичок лікарів. Найбільш ефективним способом є набуття навичок ефективного комунікування, які можна отримати у процесі проведення тренінгів та майстер класів з ефективної комунікації для практикуючих лікарів, зокрема з емоційного інтелекту та емпатії,

На рис. 3.1 і 3.2 наведені вироблені практиками поради того як налагодити контакт з пацієнтом та як домогтися його довіри.

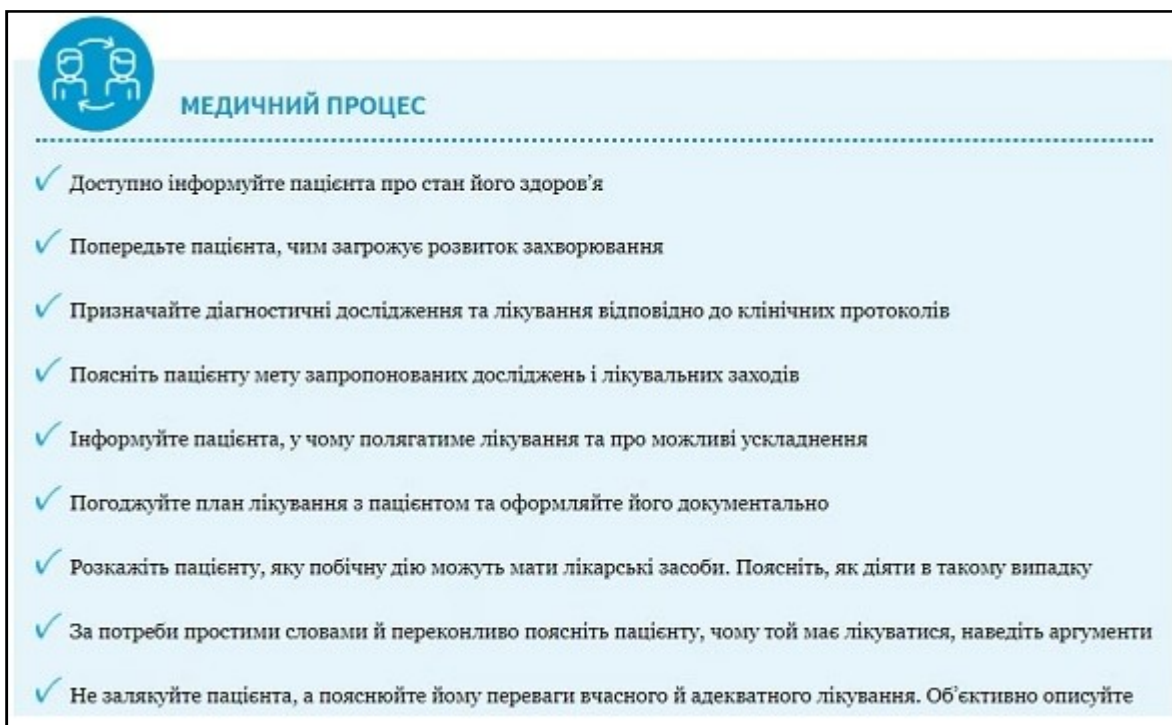


Рис. 3.1. Практичні поради лікарю щодо налагодження контакту з пацієнтом

1. Запитайте ім'я співрозмовника, якщо ви бачитесь уперше, та звертайтеся на ім'я протягом бесіди.
2. Задавши запитання, обов'язково дочекайтеся відповіді, не квапте пацієнта, дайте йому час згадати, якщо це для нього важливо (особливо це стосується літніх пацієнтів).
3. Викладайте свої думки просто та зрозуміло, не зловживайте науковими термінами, розкажіть про найважливіше та винятково те, що у межах вашої компетенції.
4. Поважайте співбесідника, не дратуйтеся, не допускайте прояви зневажливих виразів обличчя та жестів.
5. Не перебивайте й заохочуйте співрозмовника ставити запитання, відповідаючи на них.
6. Демонструйте зацікавленість до думки співрозмовника, не відсторонюйте його категоричними висловлюваннями або жестами, будьте терплячими та толерантними.

Рис. 3.2. Поради лікарю, щодо посилення довіри у спілкуванні з пацієнтом

Одним із дієвих способів надання підтримки успілкуванню є співпереживання, що «зменшує почуття ізоляції пацієнтів і підтверджує їх почуття і думки як нормальні та очікувані. Прикладом складної комунікаційної задачі в лікарській практиці може служити повідомлення пацієнтам негативних новин» [32]. Найбільш поширені мовні тактики у професійній комунікації лікаря з пацієнтом наведені на рис. 3.3.

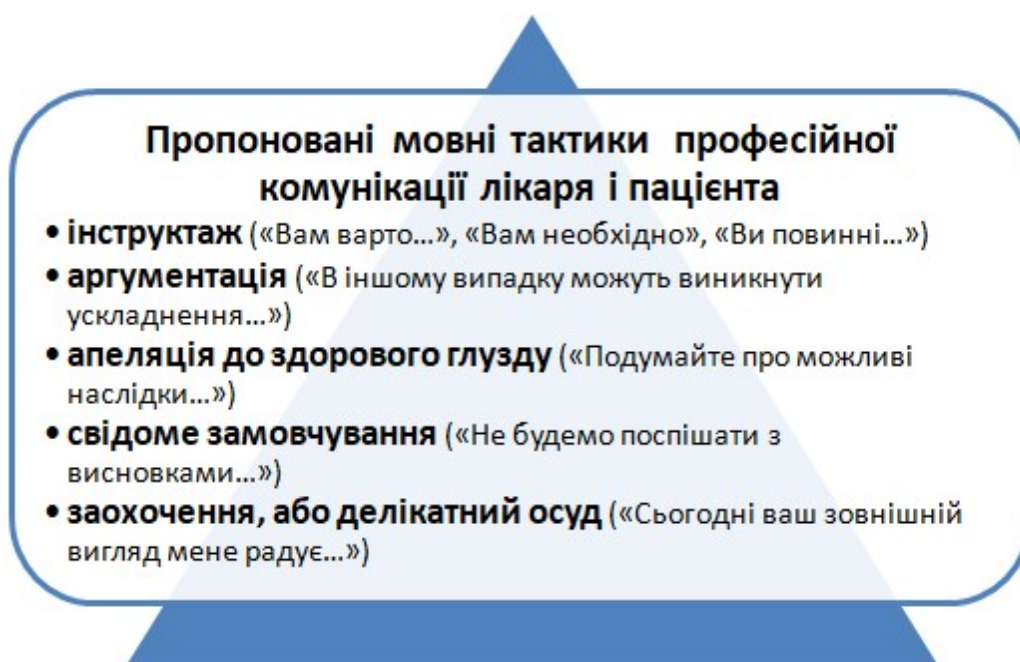


Рис. 3.1. Пропоновані мовні тактики професійної комунікації лікаря і пацієнта

Сучасні виклики, такі як підвищення вимог до етичності, цифровізація медичної сфери та зростання кількості інформаційних ресурсів, вимагають удосконалення комунікативної взаємодії між лікарем і пацієнтом що є невід'ємною складовою підвищення якості МД. Ефективна комунікація зменшує рівень тривожності пацієнта, забезпечує етичні відносини та покращує результати лікування. Інтеграція навчання комунікаційним навичкам, використання сучасних технологій і впровадження персоналізованого підходу сприятиме формуванню довіри між лікарями та пацієнтами, що є ключовим для сучасної медицини.

Проведені теоретичні та практичні узагальнення організації комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта дозволяють нам сформулювати основні напрями покращання комунікативної взаємодії через подолання комунікативних бар'єрів спілкування та удосконалення комунікативних навичок лікаря.

Подолання комунікативних бар'єрів у взаємодії лікаря та пацієнта є важливим завданням сучасної медицини, що сприяє ефективній комунікації та покращенню якості лікування, підвищує рівень довіри до медичного персоналу та задоволенню потреб. Насамперед необхідно проводити регулярні тренінги та освітні програми для лікарів, спрямовані на розвиток комунікативних навичок, таких як емпатія, управління конфліктами та ефективне використання вербальних і невербальних засобів спілкування.

Крім того, важливо враховувати культурні, соціальні та індивідуальні особливості пацієнта, щоб адаптувати комунікацію до їх потреб. Лікарі мають уникати використання складної медичної термінології без додаткових пояснень і забезпечувати доступність інформації, зокрема через використання інфографіки, коротких буклетів електронних ресурсів.

Іншим аспектом є управління часом. Оптимізація графіка прийому, використання попереднього опитування щодо потреб пацієнта допоможе зосередитися на конкретних результатах спілкування під час особистої зустрічі. Варто також впроваджувати сучасні технології, зокрема

телемедицину, яка дає можливість надавати консультації пацієнтам у зручному для них форматі, та інтегрувати електронні системи для збору та зберігання медичної інформації.

Для підвищення рівня емоційної підтримки лікарі повинні активно демонструвати емпатію, підтримувати відкритий діалог і створювати атмосферу довіри. Це сприяє покращенню діалогу, покращанню контакту з пацієнтом, врахування його емоційного стану та надання психологічної підтримки при необхідності. Лікарі також повинні дотримуватися принципів етичності та поваги до автономії пацієнта, сприяючи їх залученню до прийнятих рішень щодо лікування.

Удосконалення комунікативних навичок медичного персоналу можливо за допомогою системного підходу, який включає як індивідуальне навчання лікарів, так і впровадження організаційних змін у медичних закладах. Цей підхід сприятиме створенню ефективної, етичної та емпатійної комунікації, яка забезпечує найкращі результати лікування та підвищує загальну якість медичних послуг.