

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

МЕДИНСЬКА ЮЛІЯ ЯРОСЛАВІВНА
Міжособистісна взаємодія лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я
спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи МЗОЗзм-21

Мединська Юлія Ярославівна

Науковий керівник:

Д.е.н., професор

Желюк Тетяна Леонтіївна

ТЕРНОПІЛЬ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА	7
1.1. Сутність міжособистісної взаємодії в медичній практиці: підходи та моделі	7
1.2. Основні психологічні та етичні аспекти лікарсько- пацієнтської взаємодії	14
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРІВ І ПАЦІЄНТІВ У КНП ЛОР ЛОКПНД	22
2.1. Діагностичний спектр та характеристика пацієнтів КНП ЛОР ЛОКПНД	22
2.2. Вплив демографічних характеристик пацієнтів КНП ЛОР ЛОКПНД на взаємодію з лікарем	29
РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ КОМУНІКАЦІЇ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА ПАЦІЄНТОМ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	34
3.1. Чинники, що сприяють ефективній взаємодії лікаря і пацієнта	34
3.2. Рекомендації щодо покращення комунікативної компетентності медичних працівників	37
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	48
ДОДАТКИ	58

ВСТУП

Актуальність. Якість медичної допомоги значною мірою визначається характером стосунків між лікарем і пацієнтом, які виходять за межі формальної комунікації та включають емпатію, довіру й діалог. Взаємодія, побудована на довірі та розумінні, істотно полегшує процес діагностики та підтримує мотивацію пацієнта дотримуватися терапевтичних рекомендацій. Медична практика останніх десятиліть дедалі більше тяжіє до гуманістичного, пацієнтоорієнтованого підходу, де пацієнт розглядається як активний учасник лікувального процесу, а не лише як об'єкт медичних втручань. Наукові дослідження підтверджують, що позитивний стиль комунікації між лікарем і пацієнтом знижує рівень тривожності, покращує емоційний стан пацієнтів та підвищує ефективність терапії, а недостатня комунікативна компетентність лікаря може спричинити зростання недовіри, зниження прихильності до лікування та збільшення кількості конфліктних ситуацій.

Сучасна медицина стикається з численними викликами, які змінюють традиційні підходи до лікарсько-пацієнтської комунікації. Медичні реформи, цифровізація охорони здоров'я та збільшення потоку пацієнтів вимагають нових підходів до взаємодії. Використання телемедицини, електронних записів та дистанційного консультування ставить перед лікарями завдання адаптації до нових технологічних можливостей та зміни моделей спілкування. Пацієнти дедалі частіше очікують не лише клінічної компетентності, а й відкритої, зрозумілої та етичної комунікації з боку медичного персоналу. Питання інформованої згоди, дотримання норм медичної етики та захисту прав пацієнтів стають невід'ємними складовими ефективної взаємодії у закладах охорони здоров'я. Таким чином, дослідження міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта є надзвичайно актуальним завданням.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Проблема міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта є предметом вивчення медичної та соціальної психології, медичної етики та деонтології. Наукові дослідження

підтверджують, що якість взаємодії між лікарем і пацієнтом впливає на ефективність діагностики, прихильність до лікування, дотримання медичних рекомендацій та загальний стан здоров'я пацієнта. У класичних працях з медичної етики та комунікації [22, 45] було закладено основи взаємодії лікаря і пацієнта через аналіз різних моделей медичного спілкування. Сучасні дослідження [13, 28, 43, 59, 63, 75, 76, 77] підтверджують важливість емпатії, активного слухання та партнерського підходу у лікарсько-пацієнтській взаємодії, доводять, що рівень довіри пацієнтів до лікаря залежить не тільки від компетентності спеціаліста, а й від стилю його комунікації, невербальної поведінки та уміння створювати комфортну атмосферу під час консультації. Значна увага приділяється питанням медичної етики та прав пацієнтів. У працях Beauchamp , Childress [5] розглядаються принципи автономії, інформованої згоди та конфіденційності як невід'ємні складові етичної лікарсько-пацієнтської взаємодії. З розвитком цифрових технологій та телемедицини проблема міжособистісної взаємодії набуває нових аспектів, про що зазначено і в Національній програмі психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [62, 73, 74]. Дослідження Mehta et al. [32] свідчать, що цифрова комунікація змінює звичні моделі спілкування та вимагає від лікарів нових навичок для підтримання ефективного зв'язку з пацієнтом.

В українській науковій літературі ця проблема також широко досліджується. Наприклад, у роботі Дякунчак Я. аналізується вплив комунікації лікаря на ефективність лікування, підкреслюється роль довіри та емпатії у лікарсько-пацієнтських стосунках [55]. Каменяш І., Кузняк П. розглядають еволюцію моделей взаємодії лікаря і пацієнта у контексті вдосконалення медичного обслуговування [65]. Проблема комунікативної компетентності лікарів детально вивчається колективами авторів Ждан В., Дворник В. та ін. [56], Сичової Л. та Галашко М. [77].

Незважаючи на значний обсяг досліджень, існують невирішені питання, зокрема щодо впливу особистісних рис лікаря на ефективність комунікації; специфіки міжособистісної взаємодії у критичних або стресових ситуаціях;

особливостей взаємодії лікаря з пацієнтами різного віку, соціального статусу чи культурного походження; психологічних аспектів телемедицини та цифрового спілкування в медицині. Таким чином, проблема міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта є достатньо вивченою, однак її окремі аспекти залишаються відкритими для подальших досліджень.

Об'єктом дослідження є процес міжособистісної взаємодії лікарів та пацієнтів в комунальному закладі Львівської обласної ради Львівському обласному клінічному психоневрологічному диспансері (КНП ЛОР ЛОКПНД).

Предметом дослідження психологічні, етичні та комунікативні особливості міжособистісної взаємодії лікарів і пацієнтів у КНП ЛОР ЛОКПНД, з урахуванням діагностичного спектра, демографічних характеристик пацієнтів та чинників, що визначають ефективність комунікації.

Мета дослідження – здійснити науковий та прикладний аналіз міжособистісної взаємодії лікарів і пацієнтів у закладі охорони здоров'я та розробити пропозиції щодо її удосконалення.

Завдання дослідження:

1. Охарактеризувати основні наукові підходи до вивчення міжособистісної взаємодії в медичній практиці та визначити ключові характеристики моделей лікарсько-пацієнтської комунікації.

2. Дослідити психологічні та етичні аспекти взаємодії лікаря і пацієнта.

3. Проаналізувати діагностичний спектр та загальні характеристики пацієнтів КНП ЛОР ЛОКПНД.

4. Визначити вплив демографічних характеристик пацієнтів на особливості їхньої взаємодії з лікарем.

5. Виявити чинники, що сприяють ефективній лікарсько-пацієнтській взаємодії.

6. Розробити практичні рекомендації щодо підвищення комунікативної компетентності медичних працівників.

Методи дослідження. Для дослідження міжособистісної взаємодії лікарів і пацієнтів у КНП ЛОР ЛОКПНД застосовано системний підхід, що дозволив

розглядати комунікацію як невід’ємний елемент функціонування та управління медичним закладом. Використано теоретичні методи (аналіз наукової літератури, порівняльний аналіз, систематизація та узагальнення); емпіричні методи (включене та невключене спостереження за процесом спілкування лікарів із пацієнтами, напівструктуровані інтерв’ю (бесіди) з лікарями та пацієнтами); методи практичної інтервенції (розробка загальних рекомендацій і програми психологічного тренінгу для персоналу). Для систематизації результатів дослідження та представлення їх у наочній формі використано методи узагальнення та візуалізації матеріалу.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості їх безпосереднього використання в діяльності закладів охорони здоров’я для підвищення ефективності міжособистісної взаємодії лікарів і пацієнтів. Розроблені рекомендації та програма психологічного тренінгу можуть бути впроваджені у систему підвищення кваліфікації медичних працівників, а також використані керівниками медичних установ для оптимізації комунікативних процесів, зменшення рівня конфліктності у лікарсько-пацієнтських відносинах, підвищення задоволеності пацієнтів медичною допомогою та зміцнення професійної взаємодії в колективі.

«Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були представлені автором у форматі доповіді на VI Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів», що відбулась 15.05.2025р., опубліковані тези доповіді: Мединська, Ю. (2025). Міжособистісна взаємодія лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров’я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів*, 163-167» [69]. А також як методичні матеріали «Психологія пацієнта: психологічні особливості досвіду захворювання та психологічного супроводу пацієнтів з психічними, соматичними та психосоматичними захворюваннями – Львів: Бона, 2025. – 50 с. [70]

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА

1.1. Сутність міжособистісної взаємодії в медичній практиці: підходи та моделі

Міжособистісна взаємодія в медичній практиці є фундаментальним аспектом процесу надання медичної допомоги, що виходить за межі суто клінічного чи технічного обслуговування. Це динамічний психосоціальний процес, у якому зустрічаються не просто лікар і пацієнт, а дві особистості, кожна з яких має свою історію, емоції, потреби, очікування, установки і страхи. Як зазначають Roter і Hall (2006), ефективне спілкування між лікарем і пацієнтом є не лише інструментом передачі інформації, але й засобом емоційної підтримки, налагодження довіри та підвищення ефективності медичних втручань [38].

У медичній практиці міжособистісна взаємодія не обмежується суто комунікативними навичками. Вона включає ширший спектр поведінкових, етичних, психологічних і соціальних чинників. Медичні працівники, зокрема лікарі, медсестри, психологи, стикаються з необхідністю вирішувати завдання не лише на рівні біологічного тіла, а й в контексті екзистенційної ситуації пацієнта, яка виникає внаслідок хвороби. У таких умовах особливо важливим є усвідомлення глибинної сутності взаємодії: хто говорить, кому говорить, з якою інтенцією, на якому тлі й у якій структурі влади та уразливості [79, 80].

Світова практика засвідчує, що неефективна або порушена міжособистісна взаємодія між лікарем і пацієнтом є серйозним бар'єром на шляху до якісного надання медичної допомоги. Вона часто призводить до зниження рівня довіри до медичного працівника, виникнення непорозумінь або відкритих конфліктів, незадоволеності результатами лікування, а також до несумлінного дотримання приписів або повного уникнення повторного звернення за медичною допомогою [19, 29]. Особливо ризикованими в цьому сенсі є випадки, коли пацієнт переживає себе об'єктом маніпуляцій, а не суб'єктом діалогу, коли його почуття

і тривоги залишаються без належної уваги або коли інформація подається надто технічно, сухо або зверхньо. Ця проблема набуває особливої актуальності в країнах пострадянського простору, де історично склалася авторитарна модель медичних стосунків, у якій лікар мав беззаперечну владу, а пацієнт був пасивним адресатом вказівок. Цей тип взаємодії формувалася в умовах централізованої, вертикальної медичної системи, де основним критерієм ефективності були статистичні показники (наприклад, зниження смертності або рівня захворюваності), але не суб'єктивне благополуччя пацієнта. Відсутність практики інформованої згоди, ієрархічність, а також культура «мовчазної згоди» з боку пацієнта призвели до закріплення недовіри, уникання питань і внутрішнього опору, який не завжди мав відкриту форму.

Сучасний етап реформування системи охорони здоров'я в Україні та інших країнах Східної Європи супроводжується впровадженням нових ціннісних орієнтирів. Йдеться про перехід до пацієнт-центричної моделі, де людина з її унікальною історією, цінностями, страхами й очікуваннями опиняється в центрі медичного процесу. Цей підхід передбачає не лише передачу знань, а й діалог, спільне прийняття рішень, підтримку емоційного стану та врахування соціального контексту. У зв'язку з цим усе частіше підкреслюється необхідність розвитку гуманістичного, емпатійного і паритетного стилю взаємодії, який дозволяє лікареві не лише лікувати тіло, а й підтримувати особистість пацієнта в її вразливості, сумнівах і потребі бути почутою [74, 78].

Таким чином, переосмислення взаємодії лікаря і пацієнта – це не лише питання професійної майстерності, а й глибокої етичної, культурної та психологічної трансформації медичної системи в цілому. Така зміна потребує перегляду підходів до навчання медиків, організації процесів надання допомоги, а також зміни загального дискурсу про те, що є якісною медичною допомогою.

Аналіз міжособистісної взаємодії в медицині дозволяє виділити кілька універсальних підходів, короткий огляд яких наведено нижче (див. рис.1.1).

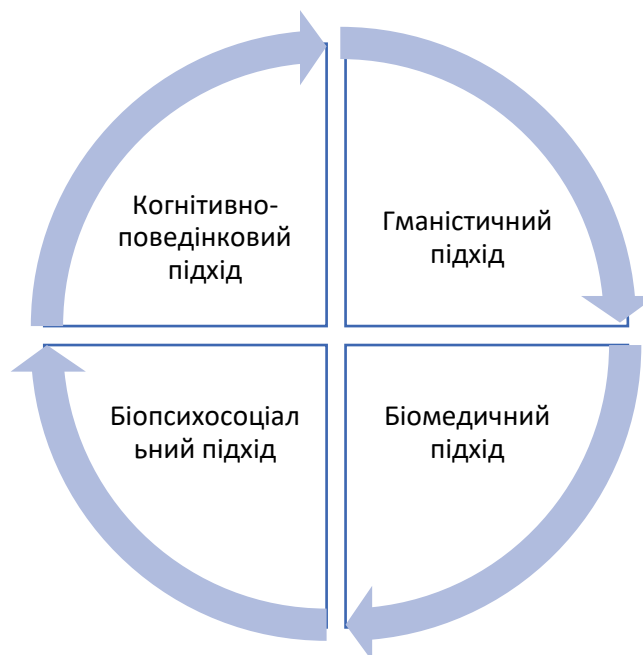


Рис.1.1. Структуризація підходів міжособистісної взаємодії в медицині

Примітка: складено автором з використанням [70].

Біомедичний підхід домінував у західній медицині впродовж тривалого часу. Його основна парадигма полягає в розумінні хвороби як виключно біологічного явища, що потребує діагностики, фармакологічного або хірургічного втручання. У цій моделі пацієнт розглядається передусім як носій патології, а лікар – як технічний експерт. Взаємодія між ними в цьому випадку зводиться до клінічного інтерв'ю, збору анамнезу, постановки діагнозу та визначення схеми лікування [12]. Комунікація є асиметричною: лікар ставить запитання, пацієнт відповідає; лікар повідомляє про результати обстеження – пацієнт слухає. Таке спілкування є директивним, з мінімальним урахуванням емоційного стану пацієнта або його суб'єктивного досвіду хвороби. За таких умов лікар часто не бачить перед собою цілісної особистості, натомість має справу з функціональною проблемою організму. Пацієнт при цьому відчувається об'єктом, а не суб'єктом взаємодії, що знижує рівень його залученості в лікування та призводить до зростання тривожності, деперсоналізації та навіть агресії. Попри численні критики, біомедична модель і досі залишається впливовою,

особливо в ургентній медицині, хірургії, а також у тих системах охорони здоров'я, де переважає вузько спеціалізований підхід.

Біопсихосоціальна модель [12, 70] передбачає розгляд хвороби як результату взаємодії трьох основних рівнів: біологічного (організм, патофізіологія), психологічного (переживання, емоції, стиль реагування) та соціального (родина, культура, економічні умови). Ця модель революціонізувала уявлення про лікарсько-пацієнтську взаємодію, зробивши акцент на важливості цілісного підходу до особистості хворого. Тут лікар виступає не лише як діагност, а й як співрозмовник, психолог, порадник. Його завданням стає не просто виявлення біологічного порушення, а й розуміння того, як пацієнт сприймає хворобу, які емоції в нього виникають, як це впливає на його щоденне життя. Біопсихосоціальна модель стала теоретичною основою розвитку пацієнт-центричної медицини (patient-centered care), яка у 2000-х роках була офіційно впроваджена у рекомендаціях ВООЗ [50], Європейської асоціації лікарів загальної практики та низки інших міжнародних організацій [17]. Вона також сприяла впровадженню мультидисциплінарного підходу, коли лікарі співпрацюють із психологами, соціальними працівниками, фізіотерапевтами, щоб надати пацієнтові не лише медикаментозну, а й комплексну підтримку [78].

Психоаналітична модель, хоч і рідко згадується у загальнономедичних контекстах, є надзвичайно важливою у психіатрії, психотерапії та клінічній психології. Згідно з підходом З. Фрейда та його послідовників, лікарсько-пацієнтська взаємодія завжди включає несвідомі процеси, зокрема явища перенесення (коли пацієнт приписує лікареві якості важливих осіб із минулого) і контрперенесення (коли лікар несвідомо реагує на пацієнта відповідно до власних внутрішніх конфліктів) [14]. Лікар стає фігурою, на яку проєктуються глибинні страхи, надії, агресія або потреба в опіці. Пацієнт із ранньою травмою від байдужої матері може несвідомо чекати, що лікар теж буде холодним або відстороненим, і реагуватиме на це відповідно – обуренням, відмовою дотримуватись рекомендацій, іронією. Якщо лікар не усвідомлює цих процесів,

то ризикує втратити терапевтичний контакт або втягнутися у деструктивну взаємодію.

Когнітивно-поведінковий підхід зосереджений на вивченні конкретних поведінкових патернів, установок, мислення і навичок комунікації, які проявляються у процесі спілкування між лікарем і пацієнтом. Він є особливо практичним і широко використовується в контексті навчання медичних працівників ефективному спілкуванню, управлінню конфліктами, зниженню тривоги пацієнта тощо [41]. У межах цього підходу вивчаються такі елементи взаємодії, як активне слухання (відображення змісту і почуттів пацієнта); вміння ставити відкриті й закриті запитання; вербалізація емпатії; структура медичної консультації (привітання, збирання анамнезу, узгодження плану дій, прощання); зворотний зв'язок; управління очікуваннями [68, 70, 80].

Гуманістичний підхід, представлений у психології такими авторами як К. Роджерс, А. Маслоу, привніс у медицину ідеї автентичності, емпатійного розуміння, поваги до унікальності особистості та самореалізації. К. Роджерс (1951) стверджував, що зміни у пацієнта відбуваються тоді, коли він відчуває, що його по-справжньому слухають, не засуджують, а приймають [37]. У цьому сенсі взаємодія з лікарем стає не лише джерелом інформації, а простором зцілення, де особистість пацієнта отримує підтримку в пошуку власного шляху до одужання. Гуманістичний підхід до медичної взаємодії передбачає повагу до автономії пацієнта; автентичну присутність лікаря (бути «тут і тепер»); емпатію та безоціночне прийняття; орієнтацію не на симптом, а на сенс переживання. Цей підхід особливо актуальний у роботі з хронічно хворими, паліативними пацієнтами, під час прийняття складних рішень або у ситуаціях емоційної кризи. Він допомагає пацієнтові не втратити людську гідність у процесі лікування, знайти внутрішні ресурси і сформувати довіру до медичної системи як такої.

Залежно від ступеня автономії пацієнта, впливу лікаря, а також типу медичної ситуації, у фаховій літературі виділяють кілька моделей лікарсько-пацієнтської взаємодії. Найвідомішою класифікацією є модель Szasz і Hollender [44], доповнена пізніше Emanuel, Emanuel [11] та Charles, Gafni, Whelan [7].

Патерналістська модель ґрунтується на уявленні про лікаря як носія знань, сили й морального авторитету. Пацієнт розглядається як той, хто потребує опіки, керівництва, контролю. Лікар приймає рішення за пацієнта, припускаючи, що знає краще, що є «правильним» або «доцільним». Патерналістська модель поширена у невідкладній медицині, реанімації, а також у культурно авторитарних системах, де роль лікаря ототожнюється з фігурою батька або вчителя.

Партнерська (модель співробітництва) передбачає спільну участь лікаря і пацієнта у прийнятті рішень щодо лікування. Пацієнт розглядається як активний учасник процесу, носій власного досвіду, цінностей і пріоритетів, а лікар – як експерт, який має надати повну інформацію, підтримати обговорення варіантів лікування, допомогти зважити ризики й користь, але не домінувати в рішенні. Згідно з моделлю Charles, Gafni, Whelan (1999) [7], партнерська взаємодія передбачає обмін медичною інформацією з обох сторін; спільне обговорення можливих стратегій лікування; узгоджене прийняття рішення; взаємну повагу до автономії й експертності обох учасників.

Інформаційна модель зосереджується на ролі лікаря як постачальника медичних знань, а пацієнта – як раціонального споживача цієї інформації. У цій моделі лікар не впливає на вибір пацієнта, не нав'язує свою думку, а виконує функцію консультанта, який має надати об'єктивну, зрозумілу й повну інформацію про діагноз, прогнози та можливі втручання. Вибір конкретної опції лікування залишається за пацієнтом. Така модель особливо характерна для деяких західних систем охорони здоров'я, де правова культура вимагає максимальної інформованої згоди й автономії.

Інтерпретативна модель поєднує елементи інформування та супроводу. У цій моделі лікар допомагає пацієнту не лише зрозуміти медичну інформацію, а й прояснити власні цінності, пріоритети, страхи й бажання. Метою є не лише вибір між опціями лікування, а й узгодження цього вибору з унікальними життєвими переконаннями пацієнта. Основні риси інтерпретативної моделі: діалог про цінності й значення хвороби; уважне слухання наративу пацієнта; пошук

гармонії між медичним втручанням і життєвими цілями пацієнта; індивідуалізація терапевтичного плану.

Деліберативна модель є ще глибшою формою діалогу, де лікар не лише інформує та інтерпретує, але й активно бере участь у моральному обговоренні (deliberation) можливих варіантів дії. Ця модель визнає, що лікар теж є моральним суб'єктом, який має право висловлювати свою позицію, пропонувати певні рішення, аргументувати їх з точки зору не лише ефективності, а й етики, добра, справедливості. У цій моделі лікар допомагає пацієнтові не лише дізнатися «що робити», а й «яким бути» в ситуації хвороби; діалог включає обговорення гідності, цінності життя, обов'язків перед іншими; рішення постає як спільно вироблений моральний вибір [16].

У Таблиці 1.1. представлено порівняльний аналіз вищеописаних моделей.

Таблиця 1.1.

Порівняльний аналіз моделей лікарсько-пацієнтської взаємодії

Модель	Роль лікаря	Роль пацієнта	Сфера застосування	Ризики / Обмеження
Патерналістська	Приймає рішення	Пасивний об'єкт	Невідкладні стани, дитинство	Порушення автономії, зниження довіри
Партнерська	Співучасник	Активний співрозмовник	Хронічні хвороби, реабілітація	Потреба у високій комунікативній готовності
Інформаційна	Джерело знань	Раціональний, самостійний	Профілактика, низький ризик	Перевантаження інформацією, ізоляція
Інтерпретативна	Суб'єкт із власною історією	Консультант цінностей	Онкологія, паліативна допомога	Високі емоційні й часові витрати
Деліберативна	Учасник морального вибору	Моральний партнер	Етично складні клінічні рішення	Неоднозначність, моральна втома

Примітка: узагальнено автором з використанням [5, 6, 7, 11, 16, 44].

Жодна з описаних моделей не є універсальною чи придатною до всіх випадків. Практика охорони здоров'я вимагає гнучкості й здатності адаптувати

модель взаємодії до конкретної ситуації. Ефективна міжособистісна взаємодія значною мірою залежить від комунікативної компетентності лікаря, яка включає вміння слухати активно, з повагою і без перебивання; здатність виявляти й вербалізувати емпатію; спостережливість за невербальними реакціями пацієнта; готовність до зворотного зв'язку й пояснення складної інформації простою мовою; гнучкість у стилях взаємодії – від директивного до фасилітативного; вміння витримувати тишу, розгубленість, агресію або сльози пацієнта.

Міжособистісна взаємодія між лікарем та пацієнтом є фундаментальною складовою медичного процесу. Різноманіття підходів до її структурування відображає багатовимірність стосунків лікаря і пацієнта. А моделі взаємодії демонструють, що комунікація може бути і владною, і партнерською, і морально-етичною – залежно від обставин.

1.2. Основні психологічні та етичні аспекти лікарсько-пацієнтської взаємодії

Міжособистісна взаємодія між лікарем і пацієнтом – це не просто комунікація з приводу діагностики чи лікування, а складна багатовимірна система, що охоплює психологічні, етичні, емоційні та соціокультурні чинники (рис.1.2). Одним із ключових психологічних чинників ефективної взаємодії є емпатія – здатність лікаря усвідомлювати емоційний стан пацієнта, розуміти його внутрішній світ і виявляти підтримку [37]. Як показують дослідження, наявність емпатії в клінічному контексті корелює з вищою задоволеністю пацієнта, кращим дотриманням призначень і навіть фізіологічним поліпшенням у стані хворого [9, 47]. Іншим наріжним каменем є довіра як двосторонній процес між лікарем та пацієнтом. З одного боку, пацієнт очікує професійної компетентності, конфіденційності та чесності, з іншого – лікар потребує відкритості та правдивості з боку пацієнта для ефективного ведення випадку. Утворення довіри потребує часу і стійкості в комунікації, особливо в умовах тривалого лікування або при роботі з психічними розладами [51]. Важливою

умовою розвитку довіри є емоційна компетентність лікаря – здатність розпізнавати та адекватно реагувати на емоції як свої, так і пацієнта. Це включає не лише контроль над власними афектами (особливо в умовах професійного вигорання або перевантаження), але й навички регуляції емоцій пацієнта через вербальні й невербальні засоби комунікації [49, 51].

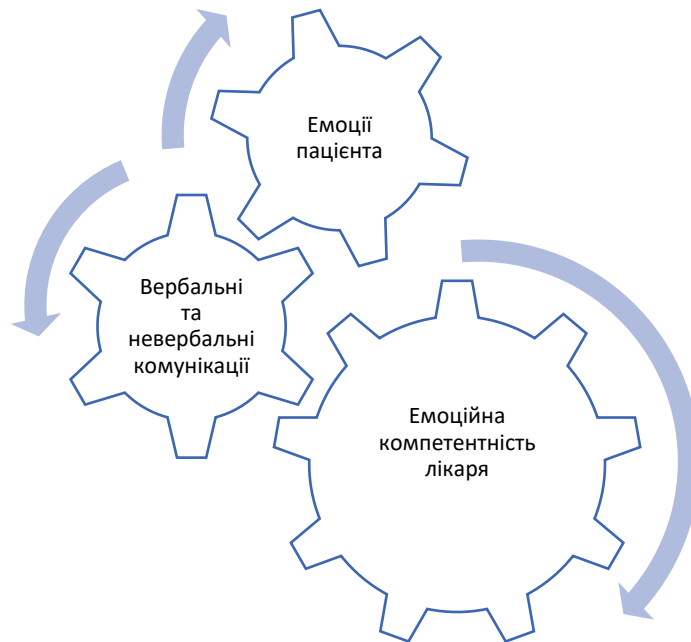


Рис.1.2. Модель міжособистісної взаємодії лікаря і пацієнта

Примітка: наведено автором з використанням [5, 6, 7, 49, 51].

Лікарсько-пацієнтська взаємодія завжди включає асиметрію влади, яка є неминучою через різний рівень знань, досвіду, емоційного стану та контексту. Пацієнт звертається до лікаря в момент вразливості, тому динаміка залежності й безпорадності стає визначальною. Водночас сучасні підходи підкреслюють важливість підтримки автономії пацієнта – права на участь у прийнятті рішень, обізнаність і добровільність [34]. Ця напруга між владою і автономією має психологічну складову, лікарю завжди доводиться балансувати між потребою надати чіткі рекомендації та необхідністю врахувати особисту ситуацію, цінності та переконання пацієнта.

На етичному рівні взаємодія лікаря з пацієнтом регулюється класичними принципами біоетики: благодіяння (beneficence), не-шкоди (non-maleficence), автономії (autonomy) і справедливості (justice) [5]. Ці принципи виступають як моральні орієнтири при прийнятті клінічних рішень і в управлінні комунікацією з пацієнтом. В українському дискурсі принципи біоетики осмислюються через потребу враховувати як правовий статус пацієнта, так і особистісні, духовні та екзистенційні аспекти взаємодії [54, 75].

Поняття інформованої згоди (informed consent) є центральним як з точки зору етики, так і психології взаємодії [68]. Воно передбачає, що пацієнт має отримати всю необхідну інформацію про діагноз, варіанти лікування, можливі ризики та альтернативи – у доступній, зрозумілій формі – і на основі цієї інформації добровільно погодитися або відмовитися від медичного втручання. У психологічному вимірі процес отримання згоди не є нейтральним: він пов'язаний із тривогою, страхом, нерозумінням медичної термінології, а також можливими захисними механізмами (заперечення, ідеалізація лікаря, деперсоналізація). Пацієнт може погоджуватися формально, не усвідомлюючи реальних наслідків, або, навпаки, відмовлятися через недовіру до системи охорони здоров'я. Тому роль лікаря полягає не лише у юридичному забезпеченні згоди, а у створенні психологічного простору для осмислення рішення [5]. В українській практиці, особливо в державному секторі, процедура інформованої згоди часто виконується формально, без глибокої комунікації. Пацієнти в багатьох випадках не відчують себе суб'єктами, здатними впливати на лікувальний процес, а лікарі, через брак часу чи комунікативних навичок, трактують інформування як «необхідну паперову формальність». Таким чином, порушується як етичний, так і психологічний баланс у взаємодії [40].

У мультикультурному суспільстві лікарі стикаються з різноманітністю переконань, релігійних уявлень, ціннісних систем і стилів поведінки, які суттєво впливають на взаємодію. Культурна чутливість (cultural sensitivity) у медичному контексті – це здатність не лише толерантно сприймати відмінності, а й адаптувати стиль спілкування, враховуючи етнічні, гендерні, вікові, мовні та

соціальні особливості пацієнта. Лікаря важливо уникати етичного етноцентризму, тобто спроби накласти свою систему цінностей на поведінку чи вибір пацієнта. З точки зору міжособистісної етики, пацієнт має право бути почутим у межах своєї мови, ідентичності та символічної системи. Це особливо актуально в роботі з літніми людьми, підлітками, пацієнтами з когнітивними порушеннями, або тими, хто не володіє державною мовою в достатній мірі. Розширення культурної чутливості лікаря є не лише професійною навичкою, а й моральним імперативом у дусі поваги до гідності кожної особи [26, 79].

Як зазначають Желюк Т.Л. та співавтори [1, 57, 58], у XXI столітті з розвитком телемедицини, цифрових платформ, електронних медичних карток і месенджерів взаємодія лікаря й пацієнта суттєво змінилася. З одного боку, ці технології відкривають нові можливості доступу до медичної допомоги, особливо для мешканців віддалених територій. З іншого боку – ставлять нові етичні та психологічні виклики. Телемедичний контакт позбавлений багатьох невербальних елементів (жестів, міміки, пауз), які відіграють ключову роль у формуванні довіри та підтримки. Пацієнти нерідко відзначають емоційну дистанцію, відчуття «безособовості» взаємодії, а також труднощі у формулюванні скарг [39]. Для лікаря виникає дилема: як зберігати клінічну уважність і емпатію у цифровому середовищі, де звична тілесність і близькість замінені екраном? Етично значущими є також питання конфіденційності, збереження медичних та персональних даних, відповідальності за помилки, здійснені в дистанційному форматі. В українських умовах, особливо в умовах воєнного часу, цифрова медицина стала не лише зручністю, а й життєво необхідною. Проте правове та етичне регулювання відстає від темпів цифровізації [33].

Особливої уваги вимагає психологічний стан самого лікаря, адже професійне вигорання, вторинна травматизація, перевантаження та емоційне виснаження поширені серед медиків, особливо в умовах кризових ситуацій, війни, пандемії. Ці фактори істотно впливають на якість комунікації, знижують здатність до емпатії, підвищують ризик помилок і конфліктів [27, 31, 53, 66, 67].

Медичні працівники, які мають високий рівень емоційного вигорання, демонструють більше механічної ригідності в спілкуванні, знижену емоційну включеність, що часто сприймається пацієнтами як байдужість або зверхність. У той же час лікар може сам переживати внутрішній конфлікт – між бажанням допомагати та почуттям безсилля. Розуміння власних психологічних процесів, регулярна супервізія, міжпрофесійна підтримка та розвиток рефлексивних навичок – критично важливі для збереження якості взаємодії.

Найглибший рівень міжособистісної взаємодії між лікарем і пацієнтом – це рівень екзистенційного діалогу, в якому обидва учасники стикаються з межовими ситуаціями: хворобою, болем, втратою контролю, смертю. Лікар у такій взаємодії виступає не лише експертом, а й свідком переживання пацієнта, його гідом у невизначеності. Таке бачення розширює рамки комунікації: від передавання інформації – до співпереживання; від клінічного контакту – до людського взаємного простору. У цьому полягає не лише гуманістична, а й глибинно психологічна сила взаємодії.

Одним із найбільш обговорюваних етичних питань у лікарсько-пацієнтській взаємодії є дилема правдивості: чи завжди потрібно говорити пацієнту всю правду? З одного боку, правдивість пов'язана з повагою до автономії особистості, з іншого – надмірна чи необережна прямота може завдати психологічної шкоди, особливо якщо пацієнт не готовий до інформації про невиліковність хвороби, тяжкий прогноз чи ризики втручання [5]. В англійській літературі це питання розглядається у контексті правди як процесу, а не як разового акту [6, 20]. Лікареві слід оцінювати, яку саме інформацію, в який спосіб, коли і кому передати, орієнтуючись не лише на юридичні вимоги, а й на психоемоційний стан пацієнта, рівень розуміння, наявність підтримки поруч.

Ще один важливий психологічно-етичний аспект – стигматизація пацієнта. Йдеться про приховані чи явні упередження щодо людей із певними діагнозами: психічними розладами, ВІЛ, туберкульозом, онкологією, залежностями, захворюваннями, які асоціюються з «небезпечністю», «виною» або «гіршими прогнозами». За даними досліджень Thornicroft et al. [46], навіть у

високорозвинених системах охорони здоров'я пацієнти з психічними захворюваннями часто стикаються з відмовою у доступі до якісної соматичної допомоги, ігноруванням скарг або навішуванням ярликів. У комунікації це проявляється у знеособленні, використанні стигматизуючої мови («шизофренік», «алкоголік», «важкий»), обмеженні часу контакту. Це стає етичною проблемою, оскільки професійна деформація лікаря призводить до моральної дистанції, а відтак і до втрати контакту, зниження мотивації пацієнта співпрацювати, пропусків візитів, погіршення результатів лікування [54].

Ще одна етична зона напруження – подвійна лояльність (*dual loyalty*), тобто ситуація, коли лікар одночасно зобов'язаний перед пацієнтом і перед іншою інституцією (державою, роботодавцем, страховою компанією, командуванням у військовій структурі). У таких випадках виникає конфлікт між благом пацієнта і виконанням зовнішніх вимог. Прикладами можуть бути примусове лікування в психіатрії; медогляди, пов'язані з мобілізацією чи демобілізацією; повідомлення в поліцію про певні медичні обставини (напр., інфекції, травми, пов'язані з насильством); оцінка працездатності для страхових компаній або роботодавців. Очевидно, що у випадках конфлікту лікар має зберігати пріоритет етичної відповідальності перед пацієнтом, навіть якщо це створює складнощі для його позиції в системі. Це моральна дилема, яка не має простих відповідей, але вимагає чесної внутрішньої орієнтації.

Хоча міжособистісна взаємодія вважається справою двох осіб – лікаря і пацієнта, – насправді вона завжди вкорінена в організаційний, правовий та культурний контекст, що визначає її форму й можливості. Наявність чи відсутність часу на прийом, доступ до інформаційних систем, атмосфера у відділенні, модель управління медичним закладом – усе це формує умови для комунікації [10]. У дослідженнях українських практик [27] вказується, що перевантаження, бюрократичні вимоги, нестача навичок делегування і жорстка ієрархія часто блокують емпатичну і паритетну комунікацію. У таких умовах медик може прагнути дистанціюватися емоційно, щоб вижити у системі, що не підтримує реального діалогу. Саме тому важливо говорити не лише про

індивідуальні психологічні й етичні якості, а про інституційну культуру комунікації, що передбачає підтримку професійної рефлексії (клінічні розбори, супервізії, етичні комітети); навчання комунікативним навичкам як частина безперервної освіти; наявність чітких стандартів повідомлення поганих новин; створення безпечного середовища для лікаря й пацієнта (просторово, емоційно, юридично); розвиток лідерства, орієнтованого на взаємоповагу.

На основі розглянутого матеріалу можемо виокремити кілька базових узагальнень, які описують суть психологічних та етичних аспектів лікарсько-пацієнтської взаємодії:

1. Психологічна взаємодія – це не лише процес передавання інформації, а глибинне включення обох сторін у взаємини, що потребують емпатії, витримки, довіри, саморефлексії та вміння розпізнавати емоційні процеси (як явні, так і приховані).

2. Етична взаємодія передбачає орієнтацію на принципи добродійності, не-шкоди, поваги до автономії та справедливості. Ці принципи потребують адаптації до конкретних ситуацій, а не механічного застосування.

3. Межа між психологічним і етичним є умовною: стилі комунікації, ставлення до правди, рівень чутливості – водночас і внутрішні, і морально значущі. Рефлексивність і критичне самостереження лікаря – ключові якості, що дозволяють рухатися цією межею відповідально.

4. Система охорони здоров'я впливає на якість взаємодії: без підтримки з боку інституції кожен фахівець ризикує вигоріти, втратити здатність до емоційного контакту або діяти за принципом «виконання функції», а не живої взаємодії.

5. Медичний фахівець має бути не механістично-ідеальним, а вразливим і відкритим до діалогу з пацієнтом, з собою та з професійним середовищем. Це нова медична парадигма, що виходить за межі «технології лікування» і вписується в культуру турботи.

Усе вищезазначене окреслює складну, багатовимірну площину лікарсько-пацієнтської взаємодії. Однак практичні прояви цих аспектів істотно варіюють

залежно від типу закладу, діагностичного контексту, особливостей пацієнтів та лікарів, організаційного середовища. Особливої уваги заслуговує досвід роботи з психіатричними пацієнтами, де міжособистісна взаємодія набуває додаткових викликів через знижену критичність, стигматизацію, амбівалентність емоцій, а також втручання соціальних структур. У наступному розділі буде здійснено емпіричне дослідження взаємодії лікаря і пацієнта на прикладі Комунального закладу Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер» (КНП ЛОР ЛОКПНД).

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА МІЖСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРІВ І ПАЦІЄНТІВ У КНП ЛОР ЛОКПНД

2.1. Діагностичний спектр та характеристика пацієнтів КНП ЛОР ЛОКПНД

Комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер» (КНП ЛОР ЛОКПНД) є спеціалізованим медичним закладом, який надає багатoproфільну психіатричну та психотерапевтичну допомогу населенню Львівської області. Установа включає в себе стаціонарні, амбулаторні, консультативні та виїзні форми роботи й виступає важливою ланкою у системі охорони психічного здоров'я регіону. У зв'язку із соціальними трансформаціями останнього десятиліття, а особливо з початком повномасштабної війни у 2022 році, діагностичний профіль пацієнтів диспансеру зазнав суттєвих змін. Клінічна структура захворювань, з якими звертаються до КНП ЛОР ЛОКПНД, охоплює повний спектр психічних розладів, що класифікуються відповідно до МКХ-10. Проте на сьогодні спостерігається певний зсув акцентів: якщо раніше домінували шизофренічні спектральні розлади, то тепер зростає частка тривожних, стресових та соматоформних розладів (рубрика F40–F48), зокрема посттравматичного стресового розладу (F43.1), розладів адаптації (F43.2) та генералізованого тривожного розладу (F41.1).

Згідно з внутрішньою статистикою диспансеру, до 40% пацієнтів мають шизофренічні розлади або інші психотичні стани (F20–F29), що супроводжуються порушенням мислення, зміненим емоційним реагуванням та, нерідко, зниженням соціального функціонування. У взаємодії з лікарем ці пацієнти демонструють труднощі в розумінні контексту комунікації, схильність до інтерпретацій із параноїдальним забарвленням, а також слабо розвинене уявлення про власний психічний стан [30]. Водночас, до 30% пацієнтів на сьогодні мають діагнози з групи F4 – стресових і тривожних розладів. Цей зріст

прямо корелює з воєнною ситуацією в Україні, внутрішнім переміщенням населення, втратою соціальної стабільності, травмами бойового досвіду чи очікуванням загрози. Посттравматичний стресовий розлад (F43.1) на теперішньому етапі набуває клінічно та соціально значущого масштабу. Пацієнти з ПТСР часто мають складну структуру комунікативної поведінки: від емоційної гіперреактивності до холодної відстороненості, від уникання теми травми до наполегливого її повторення у розповідях. У клінічному контексті важливе розуміння ролі ретравматизації під час лікарсько-пацієнтської взаємодії – інтерпретація пацієнтом навіть нейтрального висловлювання може містити для нього підтекст загрози. Пацієнти з розладами адаптації (F43.2) демонструють високу вразливість до змін середовища, напруження у спілкуванні, емоційну нестабільність, знижену толерантність до фрустрації – все це чинить вплив на якість та динаміку міжособистісного контакту з лікарем.

Суттєву частку (приблизно 15–20%) становлять пацієнти з афективними розладами (F30–F39): біполярний афективний розлад, рекурентна депресія, депресивні епізоди різної тяжкості. Ці стани нерідко супроводжуються внутрішньою амбівалентністю у ставленні до медичного персоналу, самозвинуваченням або, навпаки, пасивно-агресивною поведінкою. Відомо, що в умовах депресії людина часто не може «прочитати» доброзичливість, а будь-яку нейтральну або формальну комунікацію інтерпретує як відторгнення [52]. Це створює небезпеку недовіри, емоційного віддалення або неприйняття з боку пацієнта. Крім того, до 10% пацієнтів мають органічні психічні розлади (F00–F09), які включають деменції, енцефалопатії, залишкові посттравматичні стани після ЧМТ. Вони ускладнюють комунікацію через когнітивні порушення, зниження уваги, абстрактного мислення, а також зменшену здатність до обробки вербальних повідомлень. Розлади особистості (F60–F69) залишаються присутніми у діагностичному профілі лікарні на рівні близько 5–8%. Найчастіше це пацієнти з емоційно нестабільним (бордерлайн) або дисоціальним типом особистості. Їхні особливості комунікації – гіперреактивність, складність у

витримуванні фрустрації, маніпулятивність, – вимагають від персоналу високого рівня психоемоційної зрілості, ясності меж і сталість поведінкової моделі [23].

Нижче розглянемо більш детально особливості комунікації пацієнтів різних діагностичних категорій.

Розлади шизофренічного спектру характеризуються значними змінами у сфері мислення, емоційного реагування та сприйняття соціальної реальності, що безпосередньо впливає на якість міжособистісної взаємодії з медичним персоналом. Комунікація з пацієнтами шизофренічного профілю ускладнена через кілька основних чинників:

1. **Порушення логіки мислення (формальні розлади мислення):** мова може бути розірваною, паралогічною, іноді з неологізмами, що створює бар'єр для розуміння лікарем. Пацієнт часто використовує ідіосинкратичні вислови або символіку, зрозумілу лише йому.

2. **Зниження рівня афективної експресії:** обличчя пацієнта може залишатися емоційно амімічним або невиразним, навіть коли він говорить про важливі для себе речі. Це ускладнює для лікаря читання емоційного стану пацієнта та формування емпатичного контакту.

3. **Мисленнєва підозрілість і параноїдальні установки:** у таких пацієнтів поширене явище приписування лікареві ворожих намірів або перекручення його висловлювань. Наприклад, звичайне прохання лікаря здати аналізи може сприйматись як спроба отруєння чи експерименту.

4. **Амбівалентність у ставленні до медичного персоналу:** часто наявна внутрішня боротьба між бажанням отримати допомогу та страхом бути контрольованим або знеціненим. Це призводить до нестабільної поведінки – то наближення до лікаря, то раптового відходу, ворожості чи замкнення.

Як зазначають Lysaker et al. [30], пацієнти з хронічною шизофренією мають суттєві труднощі з інтерсуб'єктивністю – здатністю уявити внутрішній світ іншого та сформуванню гнучке уявлення про себе у взаємодії. Це означає, що навіть добре структурована, коректна поведінка лікаря може бути не впізнана як безпечна. Навпаки, будь-які відхилення від рутинного сценарію (наприклад,

новий лікар, зміна місця спілкування, нові слова) можуть викликати тривогу. У цьому контексті виняткове значення має сталість у стосунках, повторюваність інтервенцій, а також особливий такт у словах. Неформальні звертання, жарти або надмірна емоційність можуть викликати в пацієнта відчуття втрати контролю або «прозорості» свого внутрішнього світу, що є джерелом тривоги. Лікарям, які працюють з цією групою, необхідна не лише клінічна компетентність, а й високий рівень психоемоційної зрілості, витривалості до фрустрації та здатність до «ментального утримування» напруги пацієнта без поспіху до інтерпретацій чи «психоосвіти» [36].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) супроводжується особливими патернами взаємодії, що включають:

1. Чутливість до невербальних ознак: голос лікаря, міміка, паузи, навіть дихання – усе зчитується як можливий сигнал небезпеки. Пацієнт може зреагувати на, здавалося б, нейтральні речі: відкриті двері, рипіння стільця, рух руки в бік паперу.

2. Стан тривожного очікування та недовіри: базова установка до світу як до джерела загрози переноситься і на фігуру лікаря. Особливо ускладнюється контакт із лікарями чоловіками у жінок, які пережили сексуальне насильство в умовах війни, або навпаки – у ветеранів війни, які сприймають лікаря як «небойову» фігуру, що не здатна їх зрозуміти.

3. Фрагментована комунікація: розповіді пацієнта можуть бути або надмірно деталізованими (повторення одного й того самого фрагменту), або раптово обриватися – у зв'язку з флешбеками, дисоціацією, реакцією уникнення.

4. Високий емоційний резонанс на банальні репліки: зауваження лікаря про необхідність проходження тестів або госпіталізації може викликати емоційний вибух або повну дезорганізацію.

Ключовим елементом у такій взаємодії є створення атмосфери контролю над ситуацією з боку пацієнта, навіть якщо об'єктивно цей контроль обмежений. Лікар має давати чіткі, короткі пояснення, що саме зараз відбувається і що буде

далі, попереджати про будь-які зміни (навіть незначні), запрошувати до вибору, коли це можливо.

Пацієнти з розладом адаптації або тривожними станами зазвичай більш доступні до комунікації, але можуть демонструвати підвищену емоційність, мінливу довіру, соматичні скарги як основний спосіб самовираження. Лікареві важливо не знецінювати ці скарги, навіть якщо вони не мають органічного підґрунтя, а перевести увагу пацієнта до переживань, які стоять за ними. Як підкреслює Van der Kolk [48], у таких станах часто ключовим є не сам симптом, а контекст, у якому він виникає, і той сенс, який пацієнт у нього вкладає.

Афективні розлади охоплюють біполярний афективний розлад (БАР), депресивні епізоди, циклотимію, дистимію та інші стани, пов'язані з порушенням емоційного тону. У стані депресії пацієнти зазвичай демонструють знижену мовну продукцію, повільне реагування, іноді – зовсім відсутній емоційний контакт («порожній погляд», затримка відповіді, одноманітна інтонація). Для лікаря це створює ілюзію байдужості, хоча насправді пацієнт може переживати внутрішній біль надзвичайної інтенсивності, який просто не здатен висловити. У депресивному стані людина інтерпретує світ через когнітивні схеми втрати, безпорадності й провини, що робить будь-який контакт з лікарем потенційно загрозливим: кожне запитання може сприйматися як критика, кожна пропозиція – як натяк на власну неадекватність. Такий тип взаємодії вимагає особливої обережності з боку лікаря у вживанні оцінних формулювань.

У маніакальній фазі пацієнти проявляють надмірну ініціативність, гіпервербальність, емоційну екзальтацію, що часто супроводжується фамільярністю у спілкуванні. Вони можуть вітатися обіймами чи надмірною жестикуляцією; порушувати кордони особистого простору; втручатися у розмови з іншими пацієнтами чи лікарями; перебивати, змінювати тему діалогу. Такі пацієнти часто намагаються «викликати посмішку» або «зачарувати» лікаря, а в разі неуспіху – переходять до ворожих або саркастичних реакцій. Особливо важко формувати з ними стабільний терапевтичний альянс, оскільки

будь-яке «ні» або стримування з боку лікаря розглядається як прояв ворожості чи обмеження свободи. Ці форми взаємодії ставлять лікаря перед викликом утримання чітких меж за збереження при цьому емпатійного тону. Як зазначає Gabbard [15], маніакальні пацієнти несвідомо провокують лікаря на емоційні реакції, щоб перевірити його на здатність витримати амбівалентність, гнів, чарівність і відкидання – усе водночас.

Органічні психічні розлади супроводжуються тим, що пацієнти можуть не пам'ятати, хто такий лікар або як давно з ним спілкувались; губитися у структурі розмови, змінювати тему або повертатися до одного й того ж запитання; використовувати емоційно забарвлені слова без розуміння контексту; мати знижене відчуття часу та місця. У цьому випадку для ефективної комунікації важливі: короткі й повторювані фрази, підкріплення сказаного невербально (жест, спокійний голос, зоровий контакт); відсутність складних метафор чи натяків; терпляче витримування циклічності – лікареві доводиться багато разів повторювати одне й те саме, не очікуючи вдячності або прогресу [64].

Пацієнти з розладами особистості в комунікації відзначаються високою емоційною наснаженістю, швидкими переходами від обожнення лікаря до повної ворожості; провокаціями (навмисні запізнення, заперечення рекомендацій, ігнорування правил, емоційні звинувачення); маніпуляціями (загравання, перекручування фактів, провокування суперечностей між лікарями). У взаємодії вони часто намагаються викликати в лікаря сильну емоцію – злість, провину, захоплення, жалість – і далі «грати» з цими переживаннями. Якщо лікар починає реагувати надто особистісно, відбувається руйнація робочих меж і зростання ризику агресії, розчарування або регресивної поведінки пацієнта. О. Кернберг наголошує: найважливішим є послідовність поведінки лікаря, уникнення емоційних реакцій, ясність меж та здатність витримати амбівалентність у стосунку [23]. Ефективною стратегією є комунікація, яка визнає почуття пацієнта, але не піддається на інтерпретації його внутрішнього світу як об'єктивної реальності.

Незалежно від психіатричного діагнозу, кожна група пацієнтів у КНП ЛОР ЛОКПНД має специфічні патерни поведінки, які можуть сприяти або перешкоджати побудові ефективної взаємодії з лікарем. Для структурованого аналізу цих патернів доцільно виділити ключові типи комунікативних бар'єрів, які є характерними для окремих груп.

1. Бар'єр когнітивного викривлення - пацієнт не здатен коректно інтерпретувати слова, жести, поведінку лікаря через патологію мислення або когнітивну недостатність.

2. Бар'єр емоційної дисрегуляції - пацієнт не витримує афективної напруги, легко переходить від довіри до ворожості, від прохання – до протесту. Поведінка є реактивною, фрагментованою.

3. Бар'єр сенситивної тривоги - пацієнт надмірно чутливий до інтонацій, пауз, інтерпретує мікросигнали як маркери відторгнення.

4. Бар'єр залежного регресу - пацієнт перекладає всю відповідальність на лікаря, поводить пасивно, очікує рішень, не ініціює жодних дій. Часто це поєднано з інфантильними або демонстративними поведінковими актами.

5. Бар'єр амбівалентності мотивації - пацієнт коливається між бажанням бути вилікуваним і страхом змін; взаємодія з лікарем стає сценою для повторення внутрішнього конфлікту.

Таблиця 2.1. представляє узагальнену типологію пацієнтів у урахуванням того, як саме вони поведуться у процесі контакту з медичним працівником.

Таблиця 2.1

Узагальнена типологія пацієнтів з урахуванням типових моделей комунікації з медичними працівниками

Діагностична група	Тип пацієнта у взаємодії	Домінуючі риси поведінки	Реакція на лікаря
Шизофренічний спектр (F20–F29)	Відсторонений, підозрілий	Формалізована мова, обмежений зоровий контакт, недовіра	Випробовування, уникання, іноді – агресивна інтерпретація
Афективні розлади (F30–F39)	Перемінний, емоційно чутливий	Залежність або амбівалентність, схильність до самозвинувачення	Очікування підтримки, ризик фрустрації
ПТСР, тривожні розлади (F40–F48)	Гіперчутливий, обережний	Нервозність, уникання теми травми, тілесне напруження	Напруга, потреба в підтвердженні безпеки
Розлади особистості (F60–F69)	Провокативний, нестабільний	Маніпулятивність, перепади настрою, агресивність	Ідеалізація → знецінення → протест
Органічні розлади (F00–F09)	Ригідний, уповільнений	Фрагментарність пам'яті, труднощі розуміння, апатія	Потреба в структурі, стійкості, рутині

Примітка: узагальнено автором з використанням [15, 23,48].

Таким чином, діагностичний спектр пацієнтів КНП ЛОР ЛОКПНД визначає не лише зміст лікування, а й форму комунікації, її стиль, динаміку, межі й глибину.

2.2. Вплив демографічних характеристик пацієнтів КНП ЛОР ЛОКПНД на взаємодію з лікарем

Ефективна міжособистісна взаємодія між лікарем і пацієнтом є складним і багаторівневим процесом, у якому значну роль відіграють індивідуальні демографічні характеристики пацієнтів. Такі показники, як вік, стать, рівень освіти, соціально-професійний статус і наявність інвалідності, впливають не лише на стиль комунікації пацієнта з лікарем, але й на ступінь довіри, готовність

до дотримання лікувальних рекомендацій, схильність до саморефлексії та співпраці в межах терапевтичного альянсу.

Вік пацієнта є однією з найбільш досліджуваних змінних, що впливає на характер лікарсько-пацієнтської взаємодії. Згідно з результатами дослідження Калугін, 2017, літні пацієнти частіше виявляють повагу до авторитету лікаря, демонструють підвищену довіру, але рідше задають уточнювальні питання або висловлюють власну позицію щодо лікування. У межах КНП ЛОР ЛОКПНД це проявляється в тенденції до більш пасивної взаємодії з боку пацієнтів віком 60+, особливо при наявності когнітивного дефіциту або депресивної симптоматики. Пацієнти молодшого віку, особливо у віковій групі 18–35 років, як правило, мають вищий рівень інформаційної активності, саморефлексії та автономності у прийнятті рішень щодо лікування [24]. Вони схильні до критичного аналізу слів лікаря, частіше потребують обґрунтування рішень, а також можуть бути більш вразливими до стилю спілкування медичного працівника. У пацієнтів цього віку частіше виникають питання про межі терапевтичного контракту, права пацієнта та конфіденційність. Пацієнти середнього віку (35–59 років) демонструють найвищий рівень конструктивної взаємодії з лікарем. Цю закономірність також підтверджують результати українського дослідження Кожевнікової В.А. [67], яка вказує, що саме ця вікова група частіше формує стабільний терапевтичний альянс завдяки поєднанню життєвого досвіду, реалістичної оцінки свого стану та готовності до співпраці з медичними працівниками.

Стать пацієнта. Гендерний чинник впливає не лише на стиль комунікації, а й на загальну динаміку терапевтичних стосунків. За результатами досліджень Barsky et al. [3], жінки частіше звертаються по медичну допомогу, мають вищий рівень емоційної експресії та більш активно залучаються до міжособистісного аспекту комунікації з лікарем. У психіатричній практиці КНП ЛОР ЛОКПНД це знаходить підтвердження у більшій схильності жінок до формування емоційно насиченого терапевтичного контакту, потреби у співчутті, турботі та символічному "просторі для висловлення". Натомість чоловіки часто схильні до уникання надмірно емоційних або рефлексивних тем, особливо в умовах

психологічного дистресу. Вони частіше орієнтовані на отримання конкретних рішень, дотримання функціонального підходу до лікування, менш охоче обговорюють емоційні аспекти захворювання. Гендерна конгруентність також впливає на ефективність взаємодії. Зокрема, згідно з аналізом Stewart et al. [43], жінки з досвідом насильства значно краще контактують із жінками-лікарками, тоді як чоловіки із проявами домінантної поведінки можуть охочіше приймати авторитет і терапевтичне втручання з боку іншого чоловіка. Такі феномени варто враховувати при побудові команди фахівців диспансеру, а також при первинному розподілі пацієнтів.

Рівень освіти істотно впливає на глибину розуміння пацієнтом суті психіатричного лікування та на його комунікативну позицію в контакті з лікарем. Пацієнти з вищою освітою частіше прагнуть до партнерської моделі взаємодії, висловлюють очікування бути включеними в процес прийняття рішень, демонструють інтерес до самоосвіти щодо свого захворювання. Вони можуть мати високі вимоги до якості пояснень, очікують логічності й чіткості у формулюваннях, а також можуть виявляти скепсис щодо авторитарного стилю поведінки лікаря. Водночас у пацієнтів з базовим або середнім рівнем освіти частіше спостерігається патерн залежної поведінки щодо лікаря, сприйняття його як «знаючого» суб'єкта, відповідального за все лікування. Низький рівень освіти корелює з обмеженим розумінням причин психічних розладів, схильністю до інтерпретацій криз призму магічного мислення.

Соціально-професійний статус є важливим чинником, що визначає як життєву активність людини, так і стиль її взаємодії з медичними працівниками. Працевлаштовані пацієнти частіше демонструють активну позицію в терапевтичному процесі, орієнтуються на партнерську комунікацію, очікують чітких і структурованих відповідей від лікаря. Як зазначають Grünfeld et al. [18], наявність зайнятості сприяє вищому рівню дотримання терапевтичних приписів та зменшенню відчуття безпорадності у пацієнтів. У клінічній практиці КНП ЛОР ЛОКПНД така тенденція спостерігається серед осіб із частковою або постійною зайнятістю: вони схильні цікавитися прогнозами, просити роз'яснень

щодо тривалості лікування, прагнуть якнайшвидше повернутися до професійної діяльності. Для них праця виступає не лише засобом забезпечення, а й формою збереження ідентичності. Натомість у пацієнтів, які втратили роботу через психічний розлад або мають тривалий досвід безробіття, частіше спостерігається фрагментований стиль взаємодії: амбівалентне ставлення до лікування, низька ініціативність, емоційна відстороненість або, навпаки, агресивно-залежний патерн поведінки. Цей зв'язок підтверджують також дослідження Killaspy et al. [25], які демонструють, що соціальна ізоляція та безробіття значно підвищують ризик хронізації психічних розладів і знижують ефективність комунікації з лікарем. Пацієнти, які були змушені припинити трудову діяльність через хворобу, часто переживають втрату як руйнування стабільної структури життя. Професійна самореалізація є важливою ланкою суб'єктності, і її відсутність може посилювати почуття нікчемності або стигматизації. У таких випадках особливо значущою є роль лікаря як підтримуючої фігури, яка здатна визнавати ресурси пацієнта, а не лише його обмеження. Це узгоджується з підходами психіатричної реабілітації, викладеними у документах ВООЗ (World Health Organization, 2013), де наголошується на важливості збереження трудового потенціалу як частини відновлення ментального здоров'я [50].

Інвалідність, зокрема встановлена внаслідок психічного розладу, змінює не лише правовий статус пацієнта, але й його самосприйняття, стиль комунікації, очікування від медичної системи. Пацієнти з інвалідністю частіше демонструють залежну модель поведінки у стосунках з лікарем, відмовляються від прийняття рішень, не ставлять запитань, навіть якщо мають сумніви або незгоду. Як зазначають Paasche-Orlow і Wolf [35], рівень медичної грамотності (health literacy) у таких пацієнтів може бути зниженим, що ускладнює розуміння терапевтичного плану й обмежує можливості рівноправної участі в комунікації. При цьому низький рівень health literacy не завжди є наслідком когнітивних порушень – часто він зумовлений попереднім досвідом принизливого ставлення з боку медичного персоналу або органів соціального захисту.

Інший важливий чинник – це інтерналізована стигма. Дослідження вказують, що пацієнти з психіатричними діагнозами схильні сприймати інвалідність як ознаку своєї «неповноцінності», що підсилює ізоляцію і знижує рівень відкритості у стосунку з лікарем [8]. Особливо це стосується осіб молодого віку, які вперше отримали групу інвалідності – для них це може стати кризовим моментом, що викликає сором, протест або регресивну поведінку. У таких випадках важливо не лише емпатійне ставлення лікаря, а й уважність до несвідомих процесів, які можуть активізуватись у пацієнта у відповідь на владу, що репрезентується фігурою лікаря. Позиція лікаря як партнера, а не виключного носія контролю, сприяє формуванню довіри та зниженню психологічного опору.

Вищезгадані демографічні характеристики не діють ізольовано – вони формують багаторівневий контекст, у якому відбувається терапевтична взаємодія, організовуючи яку, необхідно пам'ятати: у психіатричних умовах, де пацієнт може мати за плечима роки дискредитації та інституціоналізації, міжособистісна взаємодія з лікарем нерідко є першим шансом на відновлення базової довіри до світу.

РОЗДІЛ 3

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМУНІКАЦІЇ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА ПАЦІЄНТОМ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Чинники, що сприяють ефективній взаємодії лікаря і пацієнта

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні комунікативна компетентність медичних працівників набуває особливого значення. Взаємодія між лікарем і пацієнтом сьогодні розглядається не лише як засіб передавання медичної інформації, а й як фундамент для формування терапевтичного альянсу. Саме цей альянс значною мірою визначає прихильність пацієнта до лікування, його задоволеність медичною допомогою та підсумкові результати лікувального процесу [43].

Ефективна взаємодія є результатом впливу комплексу чинників, які умовно можна поділити на когнітивно-емоційні, поведінкові та організаційні. Нижче розглянемо їх основний зміст.

Емпатія – одна з ключових складових комунікативної компетентності та основа ефективного терапевтичного альянсу. У клінічній практиці під емпатією розуміють здатність лікаря розпізнавати та розуміти емоційний стан пацієнта, усвідомлювати його внутрішні переживання, залишаючись при цьому в межах професійної ролі [55, 56]. Такий підхід допомагає знизити рівень тривоги, підвищує відкритість пацієнта та сприяє формуванню довіри, що безпосередньо впливає на якість зібраного анамнезу, точність діагностики й виконання призначеного лікувального плану.

Активне слухання є базовою комунікативною навичкою, яка передбачає здатність лікаря уважно, безперервно й цілеспрямовано сприймати не лише слова пацієнта, а й його невербальні сигнали. Це також уміння підтвердити розуміння почутого та своєчасно ставити уточнювальні запитання. Silverman, Kurtz і Draper відносять активне слухання до центральних елементів пацієнт-центричної медицини [42]. У практичній роботі ця навичка реалізується через парафрази, рефлексію, вербалізацію емоцій, використання адекватних пауз,

зорового контакту та виразної, але стриманої міміки. Застосування таких технік зміцнює довіру пацієнта, підвищує якість діалогу та зменшує ймовірність конфліктних ситуацій.

Перехід від патерналістської до партнерської моделі взаємодії є стійкою світовою тенденцією, яку підтримують провідні міжнародні організації, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Національний інститут охорони здоров'я і досконалості медичної допомоги Великої Британії (NICE). У межах партнерської моделі пацієнт виступає активним учасником процесу лікування, наділеним правом брати участь у виборі терапевтичної стратегії. Це передбачає надання вичерпної інформації про діагноз, прогноз, можливі альтернативи лікування, а також обговорення потенційних переваг і ризиків кожного варіанту. Запровадження такої моделі потребує не лише зміни комунікативної поведінки лікаря, але й відповідних організаційних умов: достатньої тривалості прийому, наявності простору для конфіденційної розмови, розуміння інформованої згоди як інтерактивного процесу, а не формального підпису документа.

Інформаційна прозорість і доступність – ще один визначальний чинник ефективної взаємодії. Важливо, щоб лікар умів подавати медичну інформацію зрозуміло, логічно та у доступній для конкретного пацієнта формі. У ситуаціях емоційного напруження або недостатньої медичної грамотності складні відомості мають бути адаптовані до рівня сприйняття хворого, із використанням чітких формулювань, прикладів і візуальних матеріалів за потреби.

Етична чутливість і моральна відповідальність ґрунтуються на базових принципах біоетики – повазі до автономії пацієнта, благодіянні, неспричиненні шкоди та справедливості. Вони повинні інтегруватися у щоденну клінічну практику та відображатися в манері спілкування, поведінці, формулюванні запитань. Особливої ваги ці принципи набувають у роботі з уразливими групами: людьми з психічними розладами, пацієнтами паліативного профілю чи особами з обмеженими можливостями. У таких випадках від лікаря очікується не лише професійна компетентність, а й підвищена моральна уважність та делікатність.

Контекстуальні та організаційні чинники також істотно впливають на якість взаємодії. До них належать тривалість візиту, фізичне середовище (наявність простору, що забезпечує конфіденційність), організація маршруту пацієнта в закладі, доступність супровідних сервісів (медсестра, перекладач тощо), а також загальна культура спілкування в медичній установі. Відсутність належних умов для комунікації та обмежений час консультації залишаються одними з найбільш суттєвих бар'єрів для повноцінного розгортання терапевтичного діалогу.

Індивідуальні характеристики пацієнта суттєво впливають на успішність комунікації з медичним працівником. Ефективність взаємодії визначається не лише професійними та особистісними якостями лікаря, а й особливостями самого пацієнта. До таких належать вік, стать, рівень освіти, соціальний статус, емоційний стан, тип особистості та попередній досвід звернення по медичну допомогу.

Соціокультурний контекст, у якому сформувалася особистість пацієнта, а також його досвід попередньої взаємодії з медичною системою часто визначають стиль поведінки під час спілкування з лікарем. Так, люди, які в минулому стикалися з медичною дискримінацією або знеціненням з боку персоналу, можуть виявляти підвищену настороженість, недовіру, схильність до пасивної позиції або, навпаки, демонструвати конфліктність і надмірну вимогливість.

Огляд чинників, що сприяють ефективній комунікації, наведений у попередніх розділах та узагальнений у цьому підпункті, дає змогу перейти до формулювання практичних рекомендацій для покращення взаємодії на різних рівнях – від індивідуального до організаційного. Ці рекомендації будуть детально розглянуті у наступному розділі роботи.

3.2. Рекомендації щодо покращення комунікативної компетентності медичних працівників

Як показав проведений аналіз теоретичних і емпіричних досліджень, комунікативна компетентність медичного працівника є одним із ключових чинників, що визначають якість надання медичної допомоги та рівень задоволеності пацієнтів лікувальним процесом. Її розвиток передбачає не лише опанування формальних комунікативних технік, а й здатність до емпатійного слухання, етичної чутливості, саморефлексії та адаптації до різних контекстів взаємодії.

Враховуючи узагальнені дані, у цьому підпункті пропонуються практичні рекомендації щодо підвищення комунікативної компетентності медичних працівників.

1. Розвиток навичок активного слухання. Ця навичка є базовою складовою комунікативної компетентності та полягає у вмінні сприймати не лише зміст висловлювань пацієнта, а й їх емоційне забарвлення, невербальні сигнали, інтонаційні відтінки. Активне слухання передбачає встановлення зорового контакту, використання невербальних підтверджень (кивання головою, доброзичлива міміка), а також уміння підсумовувати почуте, щоб переконатися у правильності розуміння.

Дослідження Silverman, Kurtz і Draper [41] свідчать, що застосування технік активного слухання в клінічному контексті підвищує якість комунікації, знижує тривожність пацієнтів і зміцнює довіру до медичного працівника. Крім того, воно допомагає лікареві виявляти приховані емоції чи побоювання, які пацієнт може не висловлювати відкрито, але які впливають на його сприйняття лікування та готовність дотримуватися призначень.

2. Розвиток емпатійного підходу. Емпатія визначається як здатність розпізнати емоційний стан іншої людини та відреагувати на нього адекватним і підтримувальним чином. У медичному контексті вона поєднує два компоненти: когнітивний – розуміння емоцій і мотивів пацієнта, та емоційний – щире співпереживання його стану. За даними Нојат [21], клінічна емпатія

безпосередньо корелює з кращими результатами лікування, вищим рівнем задоволеності пацієнтів і меншою кількістю скарг на медичний персонал. Автор підкреслює, що емпатія не є вродженою рисою, а навичкою, яку можна розвивати за допомогою спеціалізованих тренінгів, систематичної саморефлексії та супервізій.

В українських умовах тема розвитку емпатійності набуває особливої актуальності, адже, як зазначає Бойко В.М. [53], професійне вигорання значної частини медичних працівників призводить до зниження здатності до емоційного контакту з пацієнтом. Це, у свою чергу, погіршує якість взаємодії та сприяє формалізації лікувального процесу, коли пацієнт перестає сприймати медичну допомогу як особистісно значущу.

3. Удосконалення вербальних та невербальних навичок. Ефективна взаємодія між лікарем і пацієнтом передбачає чітке, структуроване та доброзичливе вербальне спілкування. Медичні пояснення доцільно формулювати простою, зрозумілою мовою, уникаючи надмірного використання спеціальної термінології, особливо у спілкуванні з пацієнтами, які не мають відповідної підготовки. Важливим є також доступне пояснення суті медичних процедур, діагнозів та можливих побічних ефектів.

Невербальна складова комунікації – жести, міміка, інтонація, положення тіла – нерідко справляє на пацієнта сильніше враження, ніж слова. Лікаря варто уникати домінантних або байдужих інтонацій, які можуть бути інтерпретовані як знецінення досвіду пацієнта. Натомість варто підтримувати відкриту і спокійну манеру спілкування, що сприяє довірі та комфорту під час консультації.

4. Тренінги з комунікативної компетентності. Одним із найбільш ефективних засобів формування та вдосконалення комунікативних навичок є систематичне проходження професійно орієнтованих тренінгів. Такі програми можуть включати рольові ігри, відеотренінги, симуляції реальних клінічних ситуацій, аналіз комунікативних помилок та пошук альтернативних стратегій спілкування. У міжнародній практиці подібні формати вже давно інтегровані в систему медичної освіти. Наприклад, у Великій Британії в межах програми

Calgary-Cambridge Guide майбутні лікарі поетапно навчаються ефективній міжособистісній взаємодії [41]. В Україні такі ініціативи поки впроваджуються фрагментарно, однак зростаючий інтерес до комунікативної підготовки як складової професійного стандарту свідчить про поступове розширення цього напрямку [60, 61].

5. Використання супервізій та інтервізій. Важливим інструментом підтримки та розвитку комунікативної компетентності є участь у супервізійних та інтервізійних групах. У таких форматах медичні працівники мають змогу обговорювати складні клінічні та комунікативні випадки, аналізувати власні реакції, отримувати колегіальну підтримку. Це не лише сприяє вдосконаленню навичок спілкування, а й допомагає знижувати ризик професійного вигорання, оскільки дає можливість опрацьовувати емоційне навантаження в безпечному середовищі.

6. Створення системи зворотного зв'язку з пацієнтом. Запровадження формалізованих механізмів зворотного зв'язку – таких як анкетування, інтерв'ю чи опитувальники задоволеності – дає змогу своєчасно виявляти проблемні аспекти комунікації та коригувати підходи до взаємодії. Крім того, регулярний збір відгуків допомагає медичним закладам оцінювати ефективність запроваджених комунікативних стратегій, зміцнювати довіру пацієнтів і формувати культуру відкритого діалогу.

7. Інтеграція комунікативної компетентності в систему післядипломної освіти. Попри те, що комунікативна підготовка поступово з'являється у програмах українських медичних університетів, післядипломна освіта зберігає потенціал для системного вдосконалення цієї навички. Значна частина лікарів не мала змоги отримати достатній обсяг підготовки з психології спілкування під час базового навчання. Тому доцільно передбачати окремі модулі з міжособистісної взаємодії в рамках інтернатури, програм тематичного удосконалення, спеціалізації та процесу сертифікації. Такий підхід дозволить підтримувати та оновлювати комунікативні вміння протягом усієї професійної кар'єри лікаря.

8. Робота з власними упередженнями та емоційною регуляцією. Розвиток комунікативної компетентності передбачає не лише вдосконалення зовнішніх технік, а й глибинну внутрішню роботу. Йдеться, зокрема, про усвідомлення власних когнітивних викривлень, упереджень і типових емоційних реакцій, які можуть впливати на якість взаємодії з пацієнтом. Наприклад, медичний працівник може несвідомо виявляти менше терпіння до пацієнтів похилого віку, уникаючи тривалого контакту з онкохворими чи людьми з інвалідністю. Такі установки ускладнюють побудову терапевтичного альянсу та знижують ефективність лікування.

Розвиток навичок емоційної саморегуляції може здійснюватися як у межах спеціалізованих тренінгів, так і через психотерапевтичну чи коучингову роботу, спрямовану на опрацювання особистих реакцій і стресів. Це набуває особливого значення в умовах високого професійного навантаження та емоційного виснаження, характерних для сучасної медичної практики.

9. Формування міжпрофесійної комунікації. Якісна комунікація в медичному закладі передбачає ефективну взаємодію не лише з пацієнтом, але й між членами медичної команди – лікарями, середнім медичним персоналом, психологами, фахівцями суміжних спеціальностей. Скоординована міжпрофесійна комунікація забезпечує цілісний підхід до лікування, допомагає уникати дублювання або суперечливих призначень і створює безперервну підтримку пацієнта на всіх етапах його перебування в системі охорони здоров'я.

Дослідження в Україні (Моргун, 2021) свідчать про наявність суттєвих комунікативних бар'єрів між лікарями та середнім медичним персоналом, що часто знижує ефективність командної роботи. Однією з ключових причин цього є недостатня підготовка з основ командної взаємодії в процесі професійної освіти. З огляду на це доцільно впроваджувати модулі з міжпрофесійної комунікації у програми післядипломного навчання та організовувати регулярні спільні семінари, тренінги і майстер-класи для представників різних спеціальностей.

10. Комунікація у складних або кризових ситуаціях. Підготовка медичних працівників до взаємодії в емоційно напружених і травматичних умовах має особливе значення. Це стосується, зокрема, повідомлення поганих новин, інформування про смерть чи серйозні ускладнення, спілкування з агресивними або психоемоційно нестабільними пацієнтами, а також взаємодії з родичами. Міжнародний протокол SPIKES [2], який пропонує структурований алгоритм подачі важливої негативної інформації, може бути адаптований до українських реалій з урахуванням культурного контексту, рівня медичної грамотності та специфіки національної системи охорони здоров'я. Освоєння подібних методик підвищує здатність медичних працівників зберігати терапевтичний контакт навіть у найскладніших обставинах, не виходячи за межі професійної етики.

11. Розвиток пацієнт-центрованої комунікації. Принцип пацієнт-центричності передбачає, що у процесі прийняття клінічних рішень враховуються цінності, очікування, емоційний стан і соціальний контекст життя пацієнта. Лікар у такій взаємодії виступає не лише носієм професійних знань, а й партнером, який спільно з пацієнтом обирає оптимальну стратегію лікування. Для розвитку цього підходу важливо навчати медичних працівників формулювати відкриті запитання, з'ясовувати очікування та пріоритети пацієнта, пояснювати потенційні ризики й переваги різних варіантів, а також залучати його до процесу ухвалення рішень на всіх етапах лікування.

12. Навчання роботі з етичними дилемами в комунікації. Професійне медичне спілкування нерідко супроводжується морально неоднозначними ситуаціями. До них належать питання інформованої згоди, дотримання меж конфіденційності, забезпечення автономії пацієнта, врегулювання співвідношення між правами родичів і професійними обов'язками лікаря. Здатність конструктивно діяти в етично складних комунікативних обставинах потребує не лише правової грамотності, а й високого рівня моральної чутливості та розвиненої рефлексії. Ці навички варто формувати в процесі спеціалізованих тренінгів, рольових вправ та обговорення реальних клінічних кейсів у форматі міждисциплінарних груп.

13. Підвищення медичної грамотності пацієнтів як складова ефективної комунікації. Якість взаємодії між лікарем і пацієнтом залежить не лише від професійної компетентності медичного працівника, а й від рівня обізнаності пацієнта. Низька медична грамотність, поширена серед літніх людей, мешканців сільської місцевості та осіб із низьким рівнем освіти, ускладнює розуміння інформації про діагностику, лікування та профілактику захворювань. Це зумовлює необхідність адаптації комунікаційних стратегій до можливостей сприйняття конкретної людини. Одночасно важливо розвивати системну просвітницьку діяльність у межах закладів охорони здоров'я – створювати інформаційні буклети, стенди, відеоматеріали в зонах очікування. Такі ресурси можуть стати ефективними інструментами підтримки комунікативного процесу та підвищення залученості пацієнтів.

14. Використання цифрових інструментів для покращення комунікації. У сучасній медицині цифрові технології дедалі більше впливають на формат взаємодії лікаря й пацієнта. Електронна система охорони здоров'я (*eHealth*), месенджери, телемедичні платформи та мобільні додатки створюють нові можливості для доступу до інформації та консультацій. Водночас вони ставлять перед медичними працівниками завдання збереження довірчого зв'язку у дистанційному форматі, особливо у сферах, що потребують високого рівня підтримки – наприклад, у психіатрії чи паліативній допомозі. Тому доцільно розробляти спеціальні модулі навчання для медичних працівників, спрямовані на ефективне та етично бездоганне використання цифрових засобів комунікації.

15. Врахування культурних та мовних особливостей. Сучасні медичні працівники все частіше працюють у багатокультурному середовищі та надають допомогу внутрішньо переміщеним особам, іноземцям, пацієнтам із різними мовними та релігійними традиціями. Це зумовлює необхідність враховувати культурні й мовні бар'єри, що можуть виникати під час комунікації. Доцільно включати в програми комунікативної підготовки елементи культурної компетентності: знання про моделі сімейної ієрархії, особливості ухвалення рішень у різних культурах, специфіку прояву емоцій і реакцій на хворобу. Такий

підхід допомагає уникати непорозумінь, знижує рівень тривожності пацієнтів та демонструє повагу до їхньої культурної ідентичності.

16. Роль керівництва медичного закладу у розвитку комунікативної культури. Формування комунікативної компетентності медичного персоналу відбувається не лише через індивідуальну самоосвіту чи тренінги, але й у межах загальної організаційної культури закладу. Лідерські практики керівництва, стиль менеджменту, системність у наданні зворотного зв'язку, наявність механізмів заохочення або реагування на порушення комунікативних стандартів – усе це формує атмосферу спілкування в колективі та впливає на якість взаємодії з пацієнтами. Керівництво, яке демонструє відкритість і повагу у внутрішніх комунікаціях, задає тон і для зовнішніх контактів закладу.

17. Впровадження клінічного наставництва як засобу передачі комунікативного досвіду. Ефективна комунікація в медицині часто є результатом не лише теоретичного навчання, а й наслідування професійних зразків. Клінічне наставництво (*mentoring*) дозволяє молодим лікарям і медичним сестрам отримувати неформальний супровід, конструктивний зворотний зв'язок та приклади вирішення складних комунікативних ситуацій від досвідчених колег. Запровадження програм наставництва у межах політики закладу або як обов'язкової складової інтернатури сприяє розвитку комунікативних навичок молодих фахівців, формуванню впевненої клінічної позиції та зміцненню командної взаємодії в колективі.

18. Профілактика професійного вигорання як передумова збереження комунікативної компетентності. Хронічне емоційне виснаження, втрата емпатії, цинічне ставлення до пацієнтів – характерні ознаки професійного вигорання, яке безпосередньо погіршує якість медичної комунікації. Вигорання не лише знижує здатність до емоційного залучення, але й може провокувати агресивні або байдужі реакції у клінічному контакті. Для запобігання цим явищам важливо впроваджувати програми профілактики вигорання, забезпечувати регулярний психологічний супровід, створювати групи підтримки, а також поширювати практики самозбереження – зокрема ресурсно-орієнтовану роботу, майндфулнес

і супервізії. Такі заходи є необхідними не лише для підтримання психічного здоров'я медичного персоналу, а й для збереження високого рівня комунікації з пацієнтами.

19. Адаптація до динамічних змін у медичному середовищі. Медична сфера перебуває у постійному розвитку: реформування системи охорони здоров'я, впровадження нових клінічних протоколів, цифровізація процесів, зміна моделей фінансування, перехід до пацієнт-орієнтованої медицини. Усі ці фактори впливають на зміст і форму взаємодії лікаря з пацієнтом. Здатність гнучко адаптувати комунікативні навички до нових умов – наприклад, пояснювати зміни у схемі фінансування чи обґрунтовувати оновлений стандарт лікування при обмеженому часі прийому – є важливим показником професіоналізму та готовності до сучасних викликів.

Ефективна стратегія розвитку комунікативної компетентності медичних працівників має ґрунтуватися на комплексному підході, який охоплює інтеграцію тренінгів із комунікації на всіх етапах медичної освіти; впровадження міжпрофесійного та наставницького навчання; розвиток клінічної емпатії, етичної чутливості та навичок саморефлексії; системну роботу з емоційною регуляцією та профілактикою вигорання; адаптацію стилю взаємодії до рівня медичної грамотності та культурних особливостей пацієнтів; підтримку з боку адміністрації медичних закладів і створення культури відкритої, шанобливої взаємодії.

Таким чином, комунікативна компетентність медичного працівника – це не лише індивідуальна професійна навичка, але й результат системної роботи з управління якістю комунікації в охороні здоров'я. У межах цього дослідження було розроблено програму підвищення комунікативної компетентності медичного персоналу у форматі тренінгу спеціальних навичок, що може бути інтегрована у післядипломну підготовку та внутрішні програми розвитку персоналу. Короткий зміст програми подано у Додатку А.

ВИСНОВКИ

У ході проведення дослідження було всебічно розглянуто міжособистісну взаємодію лікаря та пацієнта в умовах сучасної системи охорони здоров'я. На основі аналізу теоретичних підходів, емпіричних спостережень і специфіки роботи КНП ЛОР ЛОКПНД сформульовано висновки:

1. Встановлено, що сучасна медична практика дедалі більше орієнтується на такі моделі взаємодії, які виходять за межі традиційного біомедичного підходу та враховують багатовимірність стану пацієнта. Пацієнт-центрована та біопсихосоціальна моделі дозволяють розглядати хворого як цілісну особистість із власними потребами, досвідом, соціальним контекстом і психологічними особливостями, а не лише як носія певного діагнозу. Визначено, що партнерський тип лікарсько-пацієнтської взаємодії сприяє формуванню довіри, підвищує рівень прихильності до лікування, знижує конфліктність і забезпечує більш стабільну співпрацю. Водночас у реальних клінічних умовах досі зберігається домінування змішаних моделей взаємодії, у яких поєднуються сучасні підходи та рудименти патерналістських практик, що впливає на якість комунікації та загальну ефективність медичної допомоги.

2. Психологічний рівень комунікації лікаря з пацієнтом є визначальним чинником у формуванні міцного терапевтичного альянсу. Саме від якості емоційного контакту, стилю мовлення, комунікативних навичок, здатності лікаря до емпатії та ефективної регуляції власного емоційного стану значною мірою залежить динаміка лікувального процесу і готовність пацієнта включатися у співпрацю. Етичні принципи взаємодії – повага до автономії пацієнта, дотримання конфіденційності, забезпечення інформованої згоди – набувають значення не лише формальних нормативів, а й ключових орієнтирів професійної поведінки медичного працівника. Їх недотримання призводить до дезадаптації, зростання опору та недовіри з боку пацієнта, що, у свою чергу, негативно впливає на ефективність лікування й ускладнює досягнення терапевтичних цілей.

3. Вивчення контингенту пацієнтів психоневрологічного диспансеру засвідчило широкий діагностичний спектр, який включає розлади шизофренічного спектра, афективні, тривожні, соматоформні розлади, розлади особистості. Особливу увагу заслуговує зростання кількості звернень із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), розладів адаптації, тривожних станів, пов'язаних з воєнними подіями, втратою житла, мобілізацією, втратою близьких. У таких пацієнтів часто фіксується високий рівень недовіри, гіпернастороженість, схильність до емоційного вибуху або навпаки – афективне оціпеніння. Це формує потребу у делікатнішій, стабілізуючій моделі комунікації з боку медичного персоналу, з урахуванням психотравмуючого досвіду та потреби в безпечному просторі.

4. Виявлено, що вікові, статеві, освітні та соціальні параметри пацієнтів істотно впливають на стиль і якість їхньої взаємодії з лікарем. Молодші пацієнти здебільшого виявляють потребу в суб'єктному включенні до лікувального процесу, тоді як старші – схильні до більш пасивної ролі. Жінки частіше демонструють емоційну відкритість, тоді як чоловіки – стриманість, особливо у контексті психічних розладів. Рівень освіти визначає комунікативну доступність медичної інформації, а працевлаштованість чи її відсутність пов'язується з рівнем стресу, самооцінки та очікувань від медичного персоналу. Пацієнти з інвалідністю або тривалим перебуванням на обліку в психіатричному диспансері мають власну історію взаємодій із системою охорони здоров'я, що також формує специфічні патерни поведінки.

5. З'ясовано, що ефективна взаємодія передбачає поєднання технічної компетентності лікаря з розвиненими комунікативними навичками. До ключових чинників належать: здатність лікаря формувати безпечне середовище для пацієнта, вміння чути не лише зміст, а й емоційне тло звернення, забезпечення доступності інформації про діагноз і лікування, готовність адаптувати свою поведінку до особистісних і соціокультурних характеристик

хворого. Особливе значення має стабільність і сталість контакту – тривале спостереження одним лікарем підвищує якість взаємодії.

6. Запропоновано низку практичних заходів, спрямованих на розвиток комунікативної компетентності лікарів. Серед них – впровадження навчальних програм і тренінгів з клінічної комунікації, розвиток навичок активного слухання, управління конфліктами, ведення складних пацієнтів, підвищення рівня психологічної стійкості персоналу. Також рекомендовано створення супервізійних форматів аналізу взаємодії в складних випадках, а в умовах роботи з травматизованими пацієнтами – навчання принципам травма-орієнтованого підходу до комунікації. Усе це сприятиме не лише покращенню взаємодії з пацієнтами, а й зниженню рівня професійного вигорання серед лікарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко В. М. Психологічні чинники професійного вигорання медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Психологія»*. 2021. № 2(11). С. 45–49.
2. Бойченко Н. М. Етика біоетика медицина та політика в епоху пандемії. Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання в умовах ковідної реальності / За наук. ред. Пустовіт С. В., Бугайової Н. М., Палей Л. А. К.: Українська асоціація з біоетики, 2022. 144 с. С.23. URL: https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka3/30_08_22m-2.pdf
3. Дякунчак Я. Е. Емоційний інтелект та комунікативні навички як необхідний інструмент у клінічній практиці сімейного лікаря. *Українські медичні вісті*. 2022. № 3-4. С. 147-147.
4. Ждан В. М., Дворник В. М., Старченко І. І., Беляєва О. М. Medicus nihil aliud est quam animi consolatio: комунікативна компетентність лікаря як один з основних критеріїв його професіоналізму. 2020. 13 с. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/14e54aa8-86a7-4fec-8d0a-ffb043b4ee56/content>
5. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. *Вісник ТНЕУ*. 2019. № 1. С.37-50.
6. Желюк Т.Л., Нитка О.М. Стратегічне управління закладами охорони здоров'я. Розвиток публічного управління та менеджменту в умовах трансформаційних викликів: монографія; за ред. Шкільняка М. М., Васиної А. Ю. Тернопіль: ЗУНУ. 2022. 524 с. С. 356-363.
7. Жуковська А. Інклюзивні підходи до управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 12-13 грудня 2018 р. Тернопіль – Кам'янець-Подільський 2018. С. 113-116.

8. Жуковська А., Чигур О. Особливості формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг. Соціальні економіко-правові та фінансові виклики в умовах глобальних трансформацій: матеріали доповідей II Міжнародній науково-практичній конференції 30 травня 2022 р. Тернопіль-Братислава. 2022. С. 188-191.
9. Жуковська А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. Інноваційна економіка. 2020. № 83. С. 19-30.
10. Законодавство України. Офіційний портал. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/zak>
11. Знаменська М. А., Слабкий Г. О. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я. Scientific Journal «ScienceRise». 2015. № 7/4(12). С. 59–62.
12. Калугін І. В. Психотерапія як фактор покращення задоволеності медичною допомогою та покращення якості життя у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбідністю. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23. № 4 (91). С. 236–242
13. Каменяш І., Кузняк П. Аналіз еволюції моделі взаємовідносин лікаря та пацієнта з метою вдосконалення медичного обслуговування у закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет конференції з міжнародною участю. 2024. С.191-194. URL: <https://api.dspace.wunu.edu.ua/api/core/bitstreams/95be1c69-19d7-43e4-8c01-910227b2abe1/content>
14. Кноль А. Організація надання реабілітаційних медичних послуг для військовослужбовців на ринку медичних послуг. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів. Матеріали наук-практ конф. з міжнарод. участю. Тернопіль 2025. 3с

15. Кожевнікова В. А. Вікові особливості формування рольових позицій пацієнта в рамках терапевтичного альянсу. *Український вісник психоневрології*. 2012. № 20. С. 185-186.
16. Кравченко В. Ю., Котенко Н. А. Інформована згода як невід’ємний елемент сучасної біоетики. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині). Зб. матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції (28-29 лютого 2024 року). – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. 312 с. С.101.
17. Мединська Ю. Міжособистісна взаємодія лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров’я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів*. Матеріали наук-практ конф. з міжнарод. участю. Тернопіль 2025. С. 163-167.
18. Мединська Ю., Михайлів С., Фільц О. Методичні матеріали «Психологія пацієнта: психологічні особливості досвіду захворювання та психологічного супроводу пацієнтів з психічними соматичними та психосоматичними захворюваннями». Львів: Видавництво «Бона» 2025. 50 с.
19. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров’я / кол. монографія за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л. Тернопіль. Крок. 2020. 560с.
20. Моргун Н. В. Командна взаємодія в медичних закладах: проблеми та шляхи вирішення. *Менеджмент і маркетинг у сфері охорони здоров’я* 2021. № 1(10). С. 51–55.
21. Національна програма психічного здоров’я та психосоціальної підтримки. URL: <https://mon.gov.ua/news/golovni-pidsumki-realizatsii-natsionalnoi-programi-psikhichnogo-zdorovya-ta-psikhosotsialnoi-pidtrimki>
22. Основи законодавства України про охорону здоров’я. Закон України № 4505-IX від 18.06.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

- 23.Петрашко Л. П., Мартинюк О. В. Етичний компас медичних рішень під час пандемії COVID-19. *Український соціум*. 2021. № 2. С. 9-25.
- 24.Утюж І. Г. Від біоетики до філософії медицини. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині). Зб. матеріалів VI міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя 20-21 лют. 2025 р.). Запоріжжя : ЗДМФУ 2025. С. 9-11.
- 25.Реабілітаційна допомога дорослим і дітям.
URL:<https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3907428-reabilitacijna-dopomoga-doroslim-i-ditam-aki-poslugi-nadautsa-bezoplatno.html>
- 26.Сичова Л. В. , Галашко М. М. Регулювання стосунків фахівець–пацієнт (клієнт). Спілкування з пацієнтом (клієнтом). Ведення медичної документації. URL:
<https://essuir.sumdu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/9acb2ab2-2792-42ca-9579-32bace8ac3c2/content>
- 27.Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Указ Президента України від 18.08.2021 р. № 369/2021. URL:
<https://bit.ly/3mTbzxF/>
- 28.Фенчак К. П. Практичні аспекти здійснення та захисту гідності та достоїнства пацієнта. Правове регулювання прав людини у сфері приватного права: матер. круглого столу (м. Острого, 18 травня 2023 р.) / ред. кол.: Блащук Т. В., Балацька О. Р., Лідовець Т. М., Шминдрук О. Ф. Острого : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2023. 122 с.
- 29.Фільц О., Мединська Ю., Якушик С. Комплексний підхід до подолання наслідків важкої психологічної травматизації дорослих. *Психологія і суспільство*. 2024. № 89 (1). С. 177-187.
- 30.Alfonso C.A. Stigma and countertransference in addiction treatment: Ethical reflection. *Psychohygiene and Clinical Psychology*. 2021. 2(14). P. 63–69.
URL: <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pdps.2023.51.2.133>

31. Baile W. F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E. A., Kudelka A. P. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2020. № 5(4). P. 302–311.
32. Barsky A. J., Peekna H. M., Borus J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine* 16(4) 266–275. URL: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x>
33. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). Oxford University Press. 2013. URL: <https://ru.scribd.com/document/532661970/Tom-L-Beauchamp-James-F-Childress-Principles-of-Biomedical-Ethics-Oxford-University-Press-2012>
34. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press. 2019. URL: <https://global.oup.com/ushe/product/principles-of-biomedical-ethics-9780190640873?cc=ua&lang=en&>
35. Buckman R. *How to break bad news: A guide for health care professionals*. The Johns Hopkins University Press. 1992. URL: <https://surl.li/iebmsy>
36. Charles C., Gafni A., Whelan T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science Medicine*. 1999. № 49(5). P. 651–661. URL: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8)
37. Corrigan P. W., Michaels P. J., Morris S. Do the effects of antistigma programs persist over time? Findings from a meta-analysis. *Psychiatric Services*. 2014. № 65(4). P. 458–463. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300009>
38. Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*. 2013. № 63(606). P. 76–84. URL: <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
39. Dwamena F., Holmes-Rovner M., Gauden C. M., Jorgenson S., Sadigh G., Sikorskii A. ... Smith R. C. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic* 2012. № 12. URL: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>

40. Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship. 1992. *JAMA*. 267 (16). P.2221–2226. URL: <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
41. Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. 1997. *Science* 196 (4286). P. 129–136. URL: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
42. Epstein R. M., Street R. L. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine* 2021. 9(2) P. 100–103. URL: <https://www.annfam.org/content/9/2/100.short>
43. Freud S. The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. Trans.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 1958. Vol. 12 P. 97–108. London: Hogarth Press. URL: <https://dravni.co.il/wp-content/uploads/2023/07/Freud-S.-1912.-The-Dynamics-of-Transference.-SE-7.-97-108.pdf>
44. Gabbard G. O. Psychodynamic psychiatry in clinical practice (4th ed.). *American Psychiatric Publishing*. 2005. URL: <https://surl.li/auoxly>
45. Grover S., Fitzpatrick A., Azim F., Ariza-Vega P., Bellwood P., Burns J. ... Ashe M. C. Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient education and counseling*. 2022. 105(7). P. 1679-1688. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399121007254>
46. Grünfeld E. A., Hunter M. S., Cameron L. D. Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen. *Patient Education and Counseling*. 2005. 59(1). P. 97–102. URL: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.005>
47. Ha J. F., Longnecker N. Doctor–patient communication: A review. *Ochsner Journal*. 2010. 10(1). P. 38–43. URL: <https://www.ochsnerjournal.org/content/10/1/38.abstract>
48. Hancock K., Clayton J. M., Parker S. M., Derakshan N., Butow P. N., Carrick S. ... Tattersall M. H. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2007. 21(6). P. 507–517. URL: <https://doi.org/10.1177/0269216307080823>

- 49.Hojat M. Empathy in Health Professions Education and Patient Care. Springer. 2016. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>
- 50.Kaba R., Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International journal of surgery*. 2007. 5(1). P. 57-65. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919106000094>
- 51.Kernberg O. F. The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives. *American Psychiatric Association Publishing*. 2016. URL: <https://surl.li/yxwfym>
- 52.Kiesler D. J., Auerbach S. M. Optimal matches of patient preferences for information decision-making and interpersonal behavior: evidence models and interventions. *Patient education and counseling*. 2006. 61(3). P. 319-341. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399105002351>
- 53.Killaspy H., White S., Wright C., Taylor T. L., Turton P., Schützwohl M. ... King M. Association between hospitalisation and the quality of care in longer term mental health facilities in Europe: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016. P. 16 Article 31. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0733-4>
- 54.Kleinman A., Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*. 2006. 3(10). e294. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- 55.Lelorain S., Gehenne L., Christophe V., Duprez C. The association of physician empathy with cancer patient outcomes: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2023. 32(4). P. 506-515. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.6108>
- 56.Levinson W., Lesser C. S., Epstein R. M. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*. 2010. 29(7). P. 1310–1318. URL: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0450>
- 57.Lysaker P. H., Davis L. W., Buck K. D., Outcalt J., Ringer J. M. Positive and negative symptoms in schizophrenia: Associations with self-reflection empathy

- and personal meaning. *Psychiatry Research*. 2013. 206(2-3). P. 146–150. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.001>
- 58.Maslach C., Leiter M. Understanding burnout: New models. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. 2017. P. 36-56. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118993811.ch3>
- 59.Ong L., de Haes J., Hoos A., Lammes F. Doctor–patient communication: A review of the literature. *Social Science Medicine*. 1995. № 40(7). P. 903–918. URL: <https://surl.li/vvuytt>
- 60.Paasche-Orlow M. K., Wolf M. S. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*. 2007. № 31(1). P. S19–S26. URL: <https://surl.li/fhzglg>
- 61.Priebe S., Richardson M., Cooney M., Adedeji O., McCabe R. Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2011. № 80(2). P. 70–77. URL: <https://karger.com/pps/article-abstract/80/2/70/282587/Does-the-Therapeutic-Relationship-Predict-Outcomes>
- 62.Rogers C. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice Implications and Theory*. Houghton Mifflin. 2012. URL: <https://surl.li/rgbfnr>
- 63.Roter D. L., Hall J. A. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits (2nd ed.)*. Westport CT: Praeger. 2006. URL: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5526590>
- 64.Shachar C., Engel J., Elwyn G. Implications for telehealth in a postpandemic future: Regulatory and privacy issues. *JAMA*. 2020. 323(23). P. 2375–2376. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766369>
- 65.Silverman J., Kurtz S., Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. CRC Press. 2013. URL: <https://surl.li/cdrhpt>
- 66.Stewart M., Brown J. B., Weston W. W., McWhinney I. R., McWilliam C. L., Freeman T. R. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method (3rd ed.)*. Radcliffe Publishing. 2014. URL: <https://surli.cc/jijsmw>

67. Sydorenko A., Kiel L., Spindler H. Psychosocial challenges of Ukrainian healthcare professionals in wartime: Addressing the need for management support. *Social Science & Medicine*. 2025. 364, 117504. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953624009584>
68. Szasz T. S., Hollender M. H. A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *Archives of Internal Medicine*. 1956. № 97(5). P. 585–592. URL: <https://surl.li/vuznvp>
69. Thornicroft G., Rose D., Kassam A., Sartorius N. Stigma: Ignorance prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*. 2007. № 190(3). P. 192–193. URL: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
70. Van der Kolk B. A. The body keeps the score: Brain mind and body in the healing of trauma. *Viking*. 2014. URL: <https://surl.lu/eyuohy>
71. Weng H. C., Chen H. C., Chen H. J., Lu K., Hung S. Y. Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. *Medical Education*. 2008. 42(7). P. 703–711. URL: <https://surl.li/zxqfqb>
72. World Health Organization. *Framework on integrated people-centred health services*. 2016. URL: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
73. Zhukovska A., Zheliuk T., Shushpanov D., Brechko O. Management of the health care system using the achievements of artificial intelligence 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September 2023). Wrocław Poland 2023. P. 241-247. (Scopus) DOI: 10.1109/ACIT58437.2023.10275435 URL: <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/10275435>
74. Zimmerman M., Chelminski I., Young D., Dalrymple K. The effect of psychiatric comorbidity on the relationship between interpersonal functioning and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2017. 210. P. 273–276. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.033>

