

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені В. Н. КАРАЗІНА

**ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОСИН
ЛІКАР-ПАЦІЄНТ**

Методичні рекомендації
для студентів 2-го курсу з дисципліни
«Деонтологія в медицині»

Електронний ресурс

Харків – 2024

Рецензенти:

І. К. Волошин-Гапонов – д. мед. н., провідний науковий співробітник ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМНУ», професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ХНУ імені В. Н. Каразіна;
В. М. Міщенко – д. мед. н., завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ ІНПН НАМН України, професор кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології ХНУ імені В. Н. Каразіна.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 8 від 21 травня 2024 року)*

Д 33 **Деонтологічні** аспекти відносин лікар-пацієнт : методичні рекомендації для студентів 2-го курсу медичного факультету з дисципліни «Деонтологія в медицині» [Електронний ресурс] / укладач Н. В. Хрол. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2024. – (PDF 35 с.)

Методичні рекомендації призначені для студентів другого курсу медичного факультету; спрямовані на формування у студентів базового комплексу знань з вивчення деонтології в медицині, а саме визначення закономірностей розвитку відносин лікар-пацієнт, знання та розуміння етичних вимог і стандартів, які регулюють ці відносини, медичних знань та правових аспектів. Метою методичних рекомендацій є розширення теоретичних знань майбутнього лікаря, вивчення деонтології в медицині як галузі науки, ознайомлення студентів з принципами медичної деонтології та етичними аспектами взаємин між лікарем і пацієнтом, а також навчити аналізувати та вирішувати моральні дилеми, які можуть виникати в практиці медичної допомоги, формування наукового світогляду, критичного мислення.

УДК 614.253

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2024
© Хрол Н. В., уклад., 2024

Зміст

1.Ключові аспекти взаємин лікар-пацієнт.....	4
2.Спілкування у процесі ефективної лікарської діяльності.....	5
3.Моделі відносин між лікарем і пацієнтом	10
4.Особливості взаємодії лікаря з пацієнтами, які мають гострі або хронічні захворювання	13
5.Співробітництво лікаря та хворого.....	16
6.Конфліктні пацієнти	18
7.Взаємовідносини психіатр-пацієнт.....	23
8.Теоретичні питання до заняття.....	29
9. Тестові завдання для самоконтролю.....	30
10.Література.....	32

Зміст навчального матеріалу

Взаємини між лікарем і його пацієнтом є одними з найбільш важливих складових лікарської діяльності, а саме: в цих відносинах реалізується сенс призначення лікаря — лікування людини. Від того, як відбуваються взаємини між лікарем і хворим, як медичний працівник їх буде, залежить і успіх лікування. Мистецтво бесіди та психологічний вплив лікаря на пацієнта, довіра між лікарем і пацієнтом, підтримка, розуміння, повага є запорукою успішного лікування. Взаємини між лікарем і пацієнтом є важливою складовою успішної медичної практики. Ці взаємини повинні ґрунтуватися на взаєморозумінні, довірі та співпраці.

1. Кілька ключових аспектів взаємин:

Довіра: Пацієнт повинен відчувати довіру до свого лікаря, щоб вільно ділитися своїми симптомами, історією хвороби та особистими обставинами. Лікар, зі свого боку, повинен бути відкритим і чесним щодо діагнозу, лікування та можливих ризиків.

Спілкування: Лікар повинен бути ефективним слухачем та висловлювати інформацію зрозуміло і доступно. Важливо, щоб пацієнт розумів свій стан, плани лікування та можливі наслідки.

Емпатія: Лікар повинен виявляти емпатію до пацієнта, розуміючи його емоційний стан та переживання. Це може покращити психологічний стан пацієнта та сприяти швидшому одужанню.

Інформоване прийняття рішень: Лікар та пацієнт повинні працювати як команда при прийнятті рішень щодо лікування. Важливо, щоб пацієнт був достатньо інформованим щодо свого стану та можливих варіантів лікування.

Культурна чутливість: Лікар повинен бути чутливим до культурних, релігійних та етнічних особливостей пацієнта, щоб забезпечити належне лікування та розуміння.

Конфіденційність: Лікар повинен дотримуватися принципів конфіденційності та захищати особисті дані пацієнта.

Професійні межі: Це стосується будь-якої поведінки лікаря, яка порушує межі професійних відносин чи їх перетин. Наприклад, слід уникати таких поведінок, як: огляд пацієнта в незвичних обставинах для зручності лікаря; навантаження пацієнта особистою інформацією. Зі свого боку пацієнти повинні уникати частих телефонних дзвінків і непередбачених візитів до свого лікаря як вияву поваги до його часу.

Загальна мета цих взаємин полягає в тому, щоб сприяти якнайкращому фізичному та психологічному стану пацієнта, забезпечуючи йому належне лікування та підтримку.

2. Спілкування у процесі ефективної лікарської діяльності

Спілкування — це процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжений потребами у спільній діяльності. Він містить обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини.

Міжособистісне спілкування — взаємодія між кількома людьми, що здійснюється за допомогою засобів мовленнєвої та немовленнєвої взаємодії, в результаті якої виникає психологічний контакт і певні стосунки між учасниками спілкування.

Для успішного міжособистісного спілкування лікареві потрібно:

- враховувати, що це безпосередня взаємодія, тобто її учасники перебувають у просторовій близькості, мають змогу бачити, чути, торкатися одне одного і обов'язково — здійснювати зворотний зв'язок;
- пам'ятати, що це особистісно-орієнтоване спілкування, тобто, що кожен з його учасників визнає незамінність, унікальність іншої людини, бере до уваги особливості її емоційного стану, самооцінки, особистісних характеристик;
- використовувати психічні процеси і стани співрозмовника, які забезпечують трансакцію (міжособистісне сприймання, потреби і мотивації, почуття й емоції, самооцінки, психологічні захисти);
- застосовувати комунікативні практики, що опосередковують взаємодію між людьми (мовлення, невербальні повідомлення);
- дотримуватись ustalених норм і правил, що спрощують спілкування.

У спілкуванні виокремлюють такі взаємопов'язані складові:

- комунікативна — полягає в обміні інформацією між лікарем і пацієнтом;
- інтерактивна — в організації взаємодії між ними, коли потрібно узгодити певні дії, вплинути на настрій, поведінку, переконання пацієнта;
- перцептивна — включає процес сприйняття лікарем і пацієнтом одне одного та встановлення на цій підставі взаєморозуміння.

Спілкуючись, слід пам'ятати, що до засобів спілкування відносять не лише мовлення (слова, вирази та правила їх поєднання в осмислених виразах), яке у смисловому сенсі повинно сприйматися однаково як лікарем, так і пацієнтом, а й інтонація, емоційна виразність, яка може надавати різного змісту тій самій фразі; міміка, поза, погляд, що здатні посилювати, доповнювати або спростовувати зміст сказаного; жести (які можуть бути загальноприйнятими, що мають закріплене за ними значення, або ж експресивними, що служать для більшої виразності мовлення).

Комунікація — це процес двобічного обміну інформацією, який призводить до взаєморозуміння. Щоб переконатися в успішності комунікації, слід отримувати інформацію про те, як пацієнт зрозумів лікаря, як сприймає його,

як ставиться до своєї хвороби та запропонованих лікарем методів лікування. Для ефективної комунікації характерні: досягнення взаєморозуміння, краще усвідомлення ситуації та предмету спілкування (досягнення більшої визначеності в розумінні сприяє розв'язанню проблем пацієнта, забезпечує досягнення мети — одужання пацієнта — з оптимальним витрачанням ресурсів).

Причинами поганої комунікації лікаря з пацієнтом найчастіше виступають:

1. Стереотипи — спрощені думки стосовно людини або ситуації, в результаті немає об'єктивного аналізу і розуміння людини, ситуації, проблеми. Стереотипи наявні як у пацієнтів, так і в лікарів.

Найбільш поширеними стереотипами пацієнтів є: сприймання лікаря як всесильної особи, яка може здійснити "чудо зцілення"; сприймання лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта та втручається у його особисте життя; сприймання лікаря як об'єкта, що зобов'язаний надавати допомогу, не висловлюючи власних думок та емоцій; сприймання лікаря як бездушної істоти, націленої лише на отримання власної вигоди і т. д.

Лікарі щодо пацієнтів зазвичай створюють такі стереотипи:

Пацієнт-симулянт, який намагається отримати вторинну вигоду; пацієнт-обманщик, який намагається приховати (перебільшити чи применшити) симптоми захворювання; пацієнт нав'язує лікареві свою точку зору на хворобу, діагноз, методи лікування; пацієнт намагається отримати якомога більше уваги лікаря для підвищення власної самооцінки і т. д. Зрозуміло, що кожен із перелічених (і багато інших) стереотипів не можуть сприяти ефективній комунікації, необхідній для успішного лікування. Тому лікар змушений не лише намагатися зруйнувати стереотипи пацієнта, а й позбутися власних стереотипів щодо нього.

2. Упереджене ставлення — схильність нехтувати усім, що суперечить власним поглядам, все незвичайне, нове. Люди завжди вірять у те, у що хочуть вірити, і рідко усвідомлюють, що інша людина так само має підстави і право трактувати події та судження. Таке упередження з боку пацієнтів зазвичай виявляється у небажанні погодитися з діагнозом лікаря та методами лікування, якщо вони переконані у правильності іншого діагнозу чи доцільності інших методів лікування. У цьому випадку лікар повинен за допомогою раціонального переконання, залучаючи думку визнаних авторитетів та своїх колег, переконати пацієнта у хибності його розуміння хвороби. Якщо ж пацієнт спостерігає подібну упередженість у лікаря — доцільно звернутися до іншого фахівця, провести консилиум лікарів для

з'ясування дійсного стану здоров'я пацієнта.

3. *Вороже ставлення до людей (чи конкретної людини).* Якщо у пацієнта відзначають вороже ставлення до конкретного лікаря, лікар повинен спробувати з'ясувати їх, якщо можливо, спростувати, або ж запропонувати змінити лікаря. Коли вороже ставлення спостерігають у лікаря, у лікувальній практиці зазвичай просто змінюють лікаря. Така ситуація є сигналом про наявність у лікаря нерозв'язаних психологічних проблем, які утруднюють його фахову діяльність.

4. *Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника.* Часто у спілкуванні лікаря з пацієнтом інтерес виникає лише тоді, коли відбувається усвідомлення значення отриманої інформації, тобто за допомогою цієї інформації можна отримати бажаний або запобігти небажаному результату. У лікарів відсутність інтересу часто буває пов'язаною з синдромом хронічної втоми, великим навантаженням, рутинністю роботи. У цьому випадку лікар не виявляє зацікавленості до висловлювань пацієнта аж до моменту отримання несподіваної, неочікуваної або парадоксальної інформації, яка може кардинально змінити діагноз пацієнта чи істотно вплинути на його лікування. Пацієнти зазвичай уважні у процесі спілкування з лікарем, однак значна їх частина схильна втрачати інтерес до рекомендацій лікаря на етапі одужання, а це може загрожувати подальшими ускладненнями в перебігу хвороби. Завдання лікаря полягає у донесенні необхідної для підтримання прийняттого рівня здоров'я або його покращення як до самого пацієнта, так і до його близьких.

5. *Нехтування фактами,* тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації. Кваліфіковані лікарі ніколи не роблять категоричних висновків щодо діагнозу пацієнта, не маючи на це достатніх підстав, а під час лікування проводять необхідні додаткові методи дослідження, які дають підстави підтвердити або спростувати діагноз.

Встановлення діагнозу пацієнта "з першого погляду" зазвичай свідчить про недостатню фаховість лікаря.

Якщо лікар користується беззаперечною довірою пацієнта — діагноз сприймається схвально і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Та якщо у пацієнта немає впевненості у фаховості лікаря — такий діагноз викликає обурення і неприйняття пацієнта, призводить до конфліктів та змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря.

Обираючи стратегії спілкування з пацієнтом, лікар виходить з оцінювання тих вигод, які може дати кожна з них на конкретному етапі лікування.

Відкрите спілкування, яке передбачає бажання і вміння повно виразити свою точку зору і готовність врахувати позицію пацієнта, дає змогу отримати

найповніший обсяг необхідної інформації, але потребує значної кількості часу. У зв'язку з цим така стратегія більш прийнятна для спілкування з пацієнтами терапевтичних відділень. Часто лікарі застосовують закрите спілкування, особливо за умови значної різниці у ступені предметної компетентності пацієнта, вважаючи безглуздим витратити час і зусилля на підняття компетентності пацієнта. Таку стратегію часто обирають лікарі, які не спроможні зрозуміло висловити свою точку зору та наявну інформацію. Зазвичай це пов'язано з низьким рівнем професіоналізму або зі значним рівнем "синдрому вигорання" лікаря.

Різновид напівзакритої комунікації — однобічне випитування, при якому лікар намагається отримати від пацієнта усю необхідну йому інформацію, не відкриваючи свого бачення сутності проблеми пацієнта. Саме така комунікація переважає у лікарському спілкуванні. Лікарі для виконання своїх професійних обов'язків потребують від пацієнтів лише тих даних, які стосуються безпосередньо причини їх звернення до лікаря. При цьому лікарі уникають торкатися проблем, пов'язаних із порушенням діяльності інших органів і систем пацієнта, а особливо — його психологічних проблем. Подібний тип спілкування може давати короткотривалий позитивний ефект на період безпосереднього лікування ураженого органа пацієнта, але він не створює у пацієнта відчуття "одужання", яке обов'язково включає, крім подолання фізіологічних проблем, налагодження психічного стану.

Примітивне спілкування, коли пацієнта оцінюють лише як об'єкт, потрібний для професійної діяльності: якщо він потрібен — то з ним активно вступають в контакт, якщо не потрібен — втрачають подальший інтерес до нього і не приховуючи цього нехтують ним. Перелічені види спілкування не лише не дають значного лікувального ефекту, утруднюють діагностику і лікування пацієнта, а й чинять значний негативний вплив на самого лікаря. Саме вони сприяють професійній деформації лікаря, формування "синдрому емоційного вигорання" — а відтак призводять до зниження лікарем самооцінки, пригніченості і депресивності.

У деяких випадках пацієнт намагається у спілкуванні з лікарем здійснити так зване *истеричне представлення проблеми*, тобто відкрито виявляє свої почуття, розповідає про проблеми та життєві обставини, не цікавлячись тим, чи хоче лікар вислуховувати його звірвання. Такий вид спілкування малопродуктивний з позицій медичної діагностики, потребує значного часу і вимагає від лікаря застосовувати доступні методи психокорекційного впливу. Часто подібна поведінка пацієнта вказує на наявність у нього психічних розладів.

Зрозуміло, що не всі лікарі можуть в однаковій мірі володіти навичками

ефективного спілкування з пацієнтами, яке вимагає і емоційних, і часових затрат. Та досягти бажаного результату і провадити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись основних загальних вимог спілкування: бути ввічливим, тактовним, дотримуватися інтересів пацієнта, не осуджувати його, уникати суперечок, бути доброзичливим, привітним, повідомляти в потрібний момент пацієнтові необхідний йому обсяг інформації, дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його проблем, висловлювати свої думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуховувати і намагатися зрозуміти потрібну думку пацієнта та враховувати його індивідуальні особливості.

Спілкування лікаря з пацієнтом повинне мати активний зворотний зв'язок, послуговувати широким спектром вербальних і невербальних засобів спілкування і містити механізми рефлексії, тобто бути довірливим, адже саме довіра до лікаря є тим фактором який визначає рівень психологічного комфорту пацієнта і його готовність виконувати усі приписи лікаря та всіляко сприяти власному одужанню.

На успішність спілкування лікаря з пацієнтом впливають такі фактори:

- уміння і бажання працювати для отримання бажаного результату (одужання пацієнта або покращання його стану);
- бажання і здатність нести відповідальність і приймати рішення, скеровані на отримання бажаного результату;
- готовність змінювати стратегії і тактики лікування в інтересах пацієнта;
- готовність до співпраці з колегами, пацієнтом та його близькими;
- мистецтво приймати швидкі рішення;
- широкий світогляд;
- відчуття ситуації;
- здатність бачити, виокремлювати головне;
- наполегливість;
- уміння управляти своєю думкою та іноді коригувати думку пацієнта;
- повага до інших.

Оскільки у взаємодії «лікар – пацієнт» лікар виконує роль керівника, стосунки з пацієнтами вибудовуються залежно від особистісних особливостей лікаря та пацієнта. Вони можуть бути *авторитарними*, якщо лікар бере на себе усю відповідальність за життя і здоров'я пацієнта, не враховуючи його особистісних потреб, прагнень і переконань; *ліберальними* — коли лікар висловлює стандартно-формалізовані рекомендації, залишаючи за пацієнтом можливість обрання стратегій поведінки; *демократичними* — коли лікар обговорює з пацієнтом стратегії і тактики лікування, обираючи прийнятні —

як з позиції лікувального впливу, так і з позиції готовності до них пацієнта, а за необхідності лікар намагається переконати пацієнта щодо зміни його точки зору, ґрунтуючись на доцільності, необхідності та прийнятності такої тактики. *Найбільш ефективним, звичайно, є демократичний стиль.* Авторитарний стиль поведінки лікаря зазвичай свідчить про значний ступінь вираженості його професійного деформації, а ліберальний — вказує на емоційне вигорання лікаря. Однак у деяких випадках саме застосування авторитарного стилю може врятувати життя пацієнта, а ліберального — спонукати його до необхідності виявляти більшу відповідальність за власне життя і здоров'я.

ОТЖЕ, взаємовідносини лікаря і хворого це не просто обмін інформацією — це частина лікування. Адже відомо, що лікарі можуть впливати на хворобу без будь-яких ліків: прикладом може слугувати ефект плацебо. *Плацебо* — це біологічно інертна речовина, котру лікар дає хворому як біологічно активну. Свого часу обов'язковою передумовою ефекту від плацебо вважалася сліпа віра у чудодійну силу ліків. Однак співробітництво між лікарем і хворим породжує ефект плацебо без усякого плацебо: будучи науково обґрунтованим, ефект плацебо доповнює медицину як науку і виправдовує погляд на неї як на мистецтво.

3. Моделі відносин між лікарем і пацієнтом

Взаємини між лікарем і пацієнтом можна розглядати як складний соціальний процес, що включає в себе взаємодію, довіру та співпрацю. Моделі цих взаємин відображають різноманітні підходи до комунікації та взаєморозуміння, враховуючи особистість пацієнта, фаховість лікаря, а також контекст лікування.

Лікар і пацієнт можуть брати участь в діалозі, розкриваючи свої очікування, обмеження та цілі. Важливо враховувати культурні та етичні аспекти, а також віддавати перевагу взаємному визнанню ролей та відповідальностей.

Необхідність взаєморозуміння і емпатії відіграють ключову роль у будь-якій моделі відносин, сприяючи не лише ефективному лікуванню, але й психосоціальному благополуччю пацієнта. Враховуючи індивідуальні особливості, обумовлені професійним етикетом і практикою, лікарі можуть вибирати модель взаємин, яка найкраще відповідає конкретній клінічній ситуації та потребам пацієнта. Існує кілька різних моделей відносин між лікарем і пацієнтом, які відображають різні аспекти цих взаємин.

Важливою етичною проблемою є співвідношення свободи пацієнта і опіки над ним лікаря. Ця опіка позначається терміном "**патерналізм**", який може бути справжнім (наприклад, у разі непритомності хворого) або таким, коли пацієнт повністю довіряє лікарю і твердо переконаний, що той зробить

усе для його видужання. Проте найчастіше зустрічається патерналізм, який вимагає великого такту для спрямування волі пацієнта на шляху видужання.

Існує модель відносин між лікарем і пацієнтом – патерналістська (лікар-опікун), подібна до відносин священика і прихожанина або батька і дитини, наставника і підопічного. Основні принципи відношення до пацієнта — любов, милосердя, турбота, благодіяння і справедливість. Вони були відбиті в клятві Гіппократа. Патерналістська модель панувала в християнській європейській культурі впродовж багатьох століть. Материнська, батьківська турбота медичного працівника про свого пацієнта дала підставу назвати таку модель взаємин між ними паренталізмом (від англ. "батьки"), або патерналізмом (від латин. pater – батько). Основний моральний принцип, який виражає традицію сакральної моделі, свідчить: «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди».

У сучасній медицині така модель залишається найбільш переважною і найпоширенішою. Основна перевага патерналістичної моделі взаємин: чіткість рішень і дій лікаря. Патерналізм найбільш прийнятний в педіатрії, психіатрії, геріатрії. У таких взаємовідношеннях обмежуються права пацієнта і не дотримується пошана самостійності пацієнта, яка є однією з основоположних цінностей цивілізованого способу життя. Недоліки моделі в тому, що взаємини можуть перерости у відносини типу «начальник – підлеглий».

Проте можна виділити й інші моделі взаємовідносин лікар-пацієнт:

- інформаційна (безпристрасний лікар і автономний пацієнт);
- дорадча (довіра і взаємна згода);
- ліберальна (активна позиція хворого);
- інтерпретаційна (переконливий лікар, тривале спілкування лікаря з хворим).

Інформаційна модель. Важливою складовою відносин між лікарем і пацієнтом є інформація. Інформативна модель фактично не використовується в нашій країні. Вона являє собою крайній варіант відношення до лікаря як до обслуговуючого персоналу, скоріше навіть технічного. Іншими словами, лікар є продавцем послуг, а пацієнт — покупцем. При цьому право вибору — повністю за покупцем.

Серед питань інформації, яка є найактуальнішою для лікаря, такі:

- надання пацієнтові медичної та іншої інформації, що має відношення до отримуваної пацієнтом медичної допомоги;
- фіксацію факту надання пацієнтові інформації щодо медичного втручання та отримання згоди пацієнта на таке втручання або відмова пацієнта від необхідного йому медичного втручання;

- отримання від пацієнта необхідної інформації під час збирання анамнезу життя та розвитку захворювання.

Інформація, яка є найактуальнішою для пацієнта:

Сучасному лікареві необхідно достеменно знати, яка інформація має бути надана пацієнтові чи його законному представникові, чи існують обмеження щодо надання цієї інформації, якими є вимоги до її надання тощо.

Відповідно до чинного законодавства України, за загальним правилом пацієнтові має бути надана така інформація:

- медична інформація, тобто дані про стан здоров'я пацієнта, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання тощо;

- інформація щодо надання пацієнтові медичної допомоги (наприклад, режиму роботи закладу охорони здоров'я, умов перебування у стаціонарі тощо).

Дорадча модель — передбачає рівність і однакову відповідальність лікаря і пацієнта. Більш доцільно використати для освічених пацієнтів, що вникають в суть проблем зі здоров'ям. Вона заснована на тому, що звичайна доросла людина в стані синтезувати інформацію і виділити для себе пріоритети, а лікар володіє достатніми комунікаційними навичками для того, щоб допомогти пацієнтові в цьому. Дорадча модель змінює роль хворого в самому процесі діагностики та лікування. З пасивного об'єкта втручань він стає активним співавтором, але також і особою, що несе визначену відповідальність за своє здоров'я. У рамках цієї моделі існує і вимога письмової згоди пацієнта на проведення будь-яких маніпуляцій та оперативного втручання.

Ліберальна модель. Ліберальна модель взаємин між лікарем і хворим підтримує активну позицію хворого в прийнятті рішень щодо свого лікування. У цій моделі припускається, що пацієнт має право на індивідуальний вибір та контроль над власним здоров'ям.

Ключові аспекти ліберальної моделі включають:

Активна роль пацієнта: В цій моделі пацієнт вважається активним учасником в прийнятті рішень щодо свого лікування. Це передбачає залучення пацієнта до обговорення плану лікування, враховуючи його власні цінності, переконання та побажання.

Інформоване рішення: Лікар повинен забезпечити пацієнта достатньою інформацією щодо стану здоров'я, альтернатив лікування та можливих наслідків. Пацієнт має можливість робити інформовані рішення на основі цієї інформації.

Підтримка автономії пацієнта: Ця модель визнає право пацієнта на

автономію у визначенні свого шляху лікування. Лікар допомагає, консультує та надає фахову допомогу, але рішення приймається пацієнтом.

Партнерство: Взаємини між лікарем і хворим ґрунтуються на принципах взаємоповаги та співпраці. Лікар і пацієнт взаємодіють як партнери, спільно обговорюючи опції лікування та враховуючи побажання пацієнта.

Ліберальна модель сприяє вищій ступені особистісної свободи та контролю над власним здоров'ям, проте вимагає активної участі та відповідальності з боку пацієнта у процесі лікування.

Інтерпретаційна (тлумачна) модель. Це активне втручання в оповідання хворого. В даному випадку ви висловлюєте швидше висновок, ніж просто зауваження: «Сьогодні для вас все не так. Ви виглядаєте по горло ситим лікарнею»; «Ви багато питаєте про рентгенологічне дослідження. Ви боїтеся його?» В той же час існує небезпека неправильного тлумачення сказаного хворим, що може утруднити бесіду. При правильному ж використанні цього прийому ви можете виразити як співпереживання, так і розуміння. Реальний вибір того або іншого типу відносин визначається особливостями особи лікаря, конкретною ситуацією стану хворого, характером медичної допомоги. Існують інші орієнтири, згідно яким можна охарактеризувати форми моделі взаємин лікар-пацієнт, наприклад, якщо враховувати не тільки біологічний, але і біографічний план захворювання. Даний підхід дозволяє говорити про 4 моделі відносин, характер яких визначається станом хворого. Це відносини до пацієнта в гострому періоді захворювання, відносини до хронічних хворих, інвалідів і вмираючих.

4. Особливості взаємодії лікаря з пацієнтами, які мають гострі або хронічні захворювання. Хворі можуть бути пасивними учасниками взаємовідносин лікар-пацієнт. Основне завдання лікаря —вилікувати пацієнта і щонайшвидше повернути до колишнього образу життя.

Хронічно хворі пацієнти. Їх спосіб життя примушує бути компетентними, створювати групи взаємодопомоги. Основне завдання лікаря — реалізувати принцип рівноправ'я і взаєморозуміння в процесі лікування.

Взаємодія лікаря з хронічно хворими пацієнтами має свої особливості, оскільки у цих випадках лікування не завершується швидко, а зазвичай є тривалим і вимагає багатоаспектного підходу. Основні риси цієї взаємодії включають:

Довгостроковий характер відносин: Лікар і хронічно хворий пацієнт співпрацюють упродовж тривалого періоду. Це вимагає від лікаря встановлення стабільних та довгострокових взаємин з пацієнтом, що базуються на довірі, розумінні та емпатії.

Індивідуалізація лікування: Кожен випадок хронічного захворювання

унікальний, тому лікування повинно бути індивідуалізованим. Лікар повинен уважно вивчати особливості стану хворого, його потреби та обставини, адаптуючи план лікування до конкретного пацієнта.

Ефективне спілкування та психосоціальна підтримка: Лікар повинен бути здатний ефективно спілкуватися та надавати психосоціальну підтримку, оскільки хронічні захворювання часто впливають на якість життя пацієнта і його психічний стан.

Спрямованість на самоменеджмент: Лікар повинен активно підтримувати пацієнта у власному управлінні своїм станом здоров'я. Це включає в себе пояснення можливостей самоорганізації, надання конкретних порад і інструкцій щодо самопіклування.

Комплексний підхід: Лікар повинен враховувати не лише фізичні аспекти хвороби, але і психосоціальні та економічні чинники, що можуть впливати на хронічно хворого пацієнта. Комплексний підхід дозволяє оптимізувати якість життя пацієнта.

Стеження за змінами та вдосконаленням лікування: У зв'язку з тим, що хронічні захворювання можуть змінюватися з часом, лікар повинен систематично відстежувати стан пацієнта та вдосконалювати лікування на основі нових даних та досвіду.

Особливості взаємодії лікаря із хронічно хворими пацієнтами визначаються потребами та характером конкретного захворювання, а також індивідуальними особливостями самого пацієнта.

Інваліди. Можуть бути компетентними і некомпетентними щодо свого захворювання. Завдання лікаря — пристосувати пацієнта до умов інвалідності, а не залишити прикутим тільки до свого ліжка або кімнати:

Медичне обстеження та діагностика: Забезпечення повного та точного медичного обстеження інваліда для встановлення діагнозу та розробки ефективного плану лікування.

Лікування та реабілітація: Надання медичного лікування та реабілітації для поліпшення фізичного стану та здатності інваліда.

Постійний моніторинг: Систематичний моніторинг стану інваліда для вчасного виявлення змін та корекції плану лікування.

Психологічна підтримка: Надання емоційної та психологічної підтримки для допомоги інваліду у впорядкуванні зі стресом та адаптацією до нових умов життя.

Видання рекомендацій та підтримка у догляді: Надання конкретних рекомендацій щодо догляду за інвалідом та надання інформації для його родини чи опікунів.

Участь у розробці індивідуального плану догляду: Спільна робота з

інвалідом та його родиною для розробки індивідуального плану догляду та підтримки.

Робота з соціальними службами: Взаємодія з соціальними службами для забезпечення доступу інваліда до соціальних послуг та підтримки.

Забезпечення доступності: Здійснення заходів для забезпечення доступності медичних послуг для інвалідів та врахування їхніх особливих потреб.

Вмираючі хворі. Завдання лікаря — забезпечити знеболення, догляд, етичну підтримку і гідне вмирання.

Лікарі, які стикаються з вмираючими хворими, мають важливе завдання надавати не лише медичну допомогу, але й забезпечувати зручні, сприйнятливі відносини, враховуючи емоційні та духовні потреби пацієнта. Основні аспекти завдання лікаря в таких ситуаціях включають:

Сприяння комфорту: Забезпечення фізичного та психосоціального комфорту для пацієнта, враховуючи його індивідуальні потреби та бажання.

Емпатія та співчуття: Виявлення емпатії та співчуття до пацієнта та його родини, сприяння висловленню емоцій та обговоренню їхніх потреб.

Чесна комунікація: Забезпечення відкритої та чесної комунікації щодо стану пацієнта, можливих сценаріїв розвитку подій та плану лікування.

Підтримка в прийнятті рішень: Допомога пацієнту та його родині в прийнятті обґрунтованих рішень, пов'язаних із лікуванням, паліативною допомогою чи іншими аспектами догляду.

Сприяння духовним потребам: Врахування і підтримка духовних аспектів, включаючи відносини з релігійними або духовними представниками, якщо це є важливим для пацієнта.

Керування болем: Забезпечення ефективного контролю болю та інших симптомів для забезпечення якості життя пацієнта.

Сприяння гідному закінченню життя: Здійснення заходів для забезпечення гідного і спокійного завершення життя, враховуючи побажання та цінності пацієнта.

Підтримка родини: Надання підтримки та консультування родини в цей важкий час, а також забезпечення можливості висловити їхні обґрунтовані побажання та питання.

Лікарі грають ключову роль у забезпеченні сприятливого та поважного оточення для пацієнтів у кінці їхнього життя, сприяючи фізичному та емоційному комфорту та допомагаючи їм і їхній родині пройти цей складний період.

Психосоціальні та економічні чинники, що можуть впливати на пацієнтів з гострими або хронічними захворюваннями.

Психосоціальні та економічні чинники можуть мати великий вплив на хронічно хворих пацієнтів:

Стрес і психологічний стан: Хронічні захворювання можуть викликати значний стрес, а також призводити до розвитку психологічних проблем, таких як депресія або тривожність. Обумовлені хворобою обмеження, біль та нестабільний стан здоров'я можуть впливати на якість життя та емоційний стан пацієнта.

Сімейна та соціальна підтримка: Рівень підтримки, яку отримує пацієнт від родини, друзів та спільноти, може впливати на його здатність справлятися з хворобою. Психосоціальна підтримка грає ключову роль у покращенні якості життя та адаптації до нової реальності.

Економічні обмеження: Вартість лікування, лікарських засобів та послуг може створювати економічні труднощі для пацієнтів. Це може впливати на доступність необхідного лікування та вибір лікарських методів.

Професійне та соціальне відновлення: Хронічні захворювання можуть суттєво впливати на здатність пацієнта працювати та виконувати повсякденні обов'язки. Втрата працездатності або зміни в соціальному статусі можуть викликати стрес та потребу у підтримці.

Соціокультурний контекст: Культурні та соціальні чинники можуть впливати на сприйняття хвороби, підходи до лікування та дотримання рекомендацій лікаря. Культурні різниці можуть впливати на вибір терапевтичних підходів та реакції на стан хвороби.

Інфраструктура та доступність до медичних послуг: Локація та доступність до медичних установ можуть стати суттєвими факторами, які визначають доступність якісного лікування. Віддалені регіони або відсутність необхідних сервісів можуть створювати труднощі для отримання ефективної медичної допомоги.

Загальною метою лікування пацієнтів з хронічними захворюваннями є врахування всіх психосоціальних і економічних факторів для створення індивідуалізованого та ефективного плану лікування та підтримки.

Одним з найважливіших принципів відносин між медичним працівником і пацієнтом є принцип дистрибутивної справедливості. Це означає обов'язковість надання і однакоvu доступність медичної допомоги. Зазвичай він знаходить віддзеркалення в законодавчих актах і соціально обумовлений. Кожне співтовариство встановлює правила і порядок надання медичної допомоги відповідно до своїх можливостей.

5.Співробітництво лікаря та хворого

Співробітництво між лікарем і пацієнтом є важливим аспектом забезпечення ефективної медичної допомоги. Це включає взаємне

спілкування, розуміння, відкритість та обмін інформацією. Лікар і пацієнт працюють разом для досягнення оптимального здоров'я та визначення плану лікування.

Однією з ключових умов успішного лікування є належний психологічний контакт між лікарем та пацієнтом. Важливо, щоб культура спілкування, зовнішній вигляд медика та його методи обстеження не викликали негативних реакцій у хворого. Взаємодія лікаря з пацієнтом може згенерувати страх і переляк, особливо при призначенні інвазивних обстежень чи виборі методів лікування.

Традиційний погляд на відносини лікар-пацієнт, де лікар приймає рішення, а пацієнт кориться, зараз інколи відкидається, як у сфері етики, так і законодавчо. Інші аспекти взаємин, такі як конфіденційність інформації в умовах комп'ютеризації та обов'язок зберігати життя в разі прохання прискорити смерть, також є проблематичними. Особливо лікарі турбуються про такі аспекти в повсякденній практиці: повага та рівність у лікуванні, ефективна комунікація, прийняття рішень при некомпетентних хворих та етичні питання початку та закінчення життя.

Лікар повинен пам'ятати, що кожна людина унікальна з урахуванням фізичних, фізіологічних та психічних особливостей. Без індивідуального підходу неможливо вірно визначити хворобу та ефективно лікувати. Різні етіологічні чинники та особливості розвитку впливають на прояви хвороби, але пацієнт своїми індивідуальними соматичними та психічними характеристиками створює повну картину захворювання, що вимагає індивідуального підходу. Професіоналізм лікаря полягає в умінні індивідуалізувати методи впливу на психіку пацієнта. Досвідчений фахівець формулює свої думки доступно, утримуючи довіру та надію на успіх лікування. Так, упродовж історії медицини основою взаємин лікаря і пацієнта залишається довіра.

Співробітництво лікаря та хворого складається із 4-х компонентів:

- а) підтримки;
- б) розуміння;
- в) поваги;
- г) співчуття.

Підтримка — одна із найважливіших умов правильних взаємин лікаря і хворого і означає прагнення лікаря бути корисним для хворого. Це не означає, що лікар повинен взяти на себе всю відповідальність за здоров'я і настрій хворого. В цьому повинні допомагати сім'я, близькі та друзі хворого. Головним ресурсом є усвідомлення хворого, що лікар прагне допомогти, а не примусити. Так лікар активізує роль хворого у лікувальному процесі.

Ефективність плацебо насамперед залежить від самого бажання хворого одужати і від його впевненості в успіху. Активна участь в лікуванні гарантує сприятливий результат.

Розуміння хворого з боку лікаря.

Розуміння може бути виражене і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо. Тон та інтонація здатні демонструвати як порозуміння, так і відстороненість, незацікавленість. Невиконання лікарських рекомендацій (і, як наслідок — відсутність ефекту від лікування) може бути єдиною ознакою того, що хворий не впевнений у бажанні лікаря вникнути в ситуацію і розібратися професійно.

Повага передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривоги. Щоб продемонструвати повагу, необхідно ознайомитися з умовами життя хворого якомога ґрунтовніше, щоб спілкуватися з ним як з особистістю, а не лише як із носієм певної хвороби. Вже сам час, витрачений на з'ясування особистісних обставин життя хворого, засвідчує повагу до нього лікаря. Часто все, що вимагається від лікаря, — це активно проявити зацікавленість. Важливі прості речі, приміром, швидко запам'ятати ім'я і прізвище хворого. Невербальне спілкування здатне як закріпити довіру до лікаря, так і зруйнувати її. Постійно переривати розмову з хворим або самому вести у його присутності сторонні розмови — означає продемонструвати неповагу до нього. Однією з найнебезпечніших звичок медика є здатність до принизливих щодо пацієнтів зауважень у колі друзів та колег.

Співчуття — ключ до співпраці між лікарем та хворим. Необхідно вміти поставити себе на місце хворого, подивитися на світ його очима. Треба терпляче слухати хворого, навіть коли він повторюється, давати можливість обговорювати причини і наслідки хвороби, його майбутнє. Співчуття можна висловити досить просто, поклавши руку на плече хворого, що створює певний позитивно-емоційний настрій, на якому можна будувати взаємодовіру. Але певна "дистанція" (непомітна для хворого) між лікарем та хворим повинна завжди витримуватися, що буде гарантувати лікарю збереження свого авторитету й гідності.

6. Конфліктні пацієнти

Конфліктні пацієнти створюють виклик для медичного персоналу у взаємодії та наданні допомоги. Спілкування з такими пацієнтами може включати в себе виявлення агресії, невдоволення або непорозуміння. Для ефективного рішення конфліктних ситуацій лікарі та медсестри повинні виявляти вміння слухати, розуміти побажання та висловлення пацієнтів, враховуючи їхні емоції. Важливо встановлювати позитивне спілкування та шукати компромісні рішення для задоволення потреб і покращення

взаєморозуміння.

Конфліктні пацієнти — це особлива категорія, їм часто не до вподоби: і порядки в лікарні, і харчування, і лікування, і самі лікарі. В усьому вони вбачають порушення існуючого законодавства. А тому стають постійними кореспондентами різних відомств та міністерств, у тому числі правоохоронних (поліція, прокуратура, суди тощо). Такі хворі переважно не важкі у медичному плані. Завдання для лікаря лише одне — добросовісно виконувати свої професійні обов'язки, робити все можливе, щоб зменшити страждання хворих.

Існує ще категорія хворих, з якими важко взаємодіяти, їх умовно поділяють на такі типи:

- наполегливо-вимогливі — вміють обґрунтувати свої найабсурдніші вимоги;
- нав'язливі — користуються медичною допомогою так інтенсивно, що викликають роздратування;
- хронічно невдоволені — доводять лікарів до розпачу своїми повідомленнями про неефективність використаного лікування.

Важливо не сплутати наведені вище типи хворих із зовсім іншими категоріями "важких" хворих, яким дійсно складно встановити діагноз через атиповий перебіг хвороби. Наполегливі, нав'язливі або часто невдоволені люди здебільшого викликають негативні емоції не тільки у лікарів, але й у оточуючих.

У сучасному світі пацієнти добре орієнтовані у своїх правах і впевнені у їхньому судовому захисті. Однак перед серйозним судовим позовом, який може значно пошкодити репутацію медичного закладу, часто виникає конфлікт між пацієнтом і лікарем. Основним джерелом таких конфліктів є неузгодженість пацієнта, який сприймає медичну допомогу як послугу, з очікуваннями, які не завжди відповідають реальності. Це може включати ідеалізовані уявлення про лікаря та лікувальний процес.

У пацієнта і лікаря часто існують відмінності в уявленнях через їхній життєвий досвід і соціальні норми. Очікування можуть розходитися з реальністю, що спричиняє більшість конфліктів у сфері медицини. Пацієнти можуть виражати невдоволення якістю медичної допомоги, обладнанням, умовами тощо. Однак частіше конфлікти мають психологічний характер, пов'язаний із взаємодією та поведінкою сторін. Якщо, наприклад, пацієнт вважає ділове спілкування байдужістю, а дружелюбність — фамільярністю. Медичні заклади повинні вживати заходів для запобігання конфліктам та вирішення їх згідно з медичною етикою. Важливо мати навички ефективною комунікації та розв'язання конфліктів для покращення взаєморозуміння і

відносин з пацієнтами.

Керівник медичного закладу може покластися на одного зі своїх заступників відслідковувати виникнення конфліктів всередині установи. Після цього відповідна особа буде звітувати про конфлікти на зборах, і колектив разом шукатиме спільні рішення.

Також важливо визначити для підлеглих конкретний алгоритм дій у випадку серйозних конфліктів із пацієнтами. Це спростить роботу медичного персоналу і може запобігти судовим позовам, оскільки правильна реакція на конфлікт є першим кроком до його вирішення. Головний лікар може встановити порядок розгляду конфліктних ситуацій і визначити відповідальних за це осіб, наприклад, завідувачів відділень, через локальний наказ. Важливо також визначити взаємодію та ієрархію медичних працівників у вирішенні конфліктів. Але вирішити конфліктні ситуації успішно неможливо, не розуміючи їхніх причин і витоків. Основні причини виникнення конфліктів між медичним персоналом і пацієнтами:

Комунікаційні труднощі: Непорозуміння, недостатня чіткість у спілкуванні, або відчуття відсутності уваги можуть призвести до конфліктів.

Розходження очікувань: Пацієнти і медичний персонал можуть мати різні очікування від лікування або взаємодії, що може викликати розчарування і невдоволення.

Супротив пацієнта вказує на ситуацію, коли пацієнт виражає невдоволення, протестує чи виступає проти чого-небудь у медичному контексті. Це може бути виявлено у вигляді негативної реакції на лікування, вимог до медичної допомоги, сумнівів у призначеному лікуванні або несхвалення медичних рішень.

Системні проблеми: Недоліки в організації медичного закладу, тривалі очікування, відчуття несправедливості у доступі до послуг можуть стати джерелом невдоволення пацієнтів.

Емоційний стан: Стан пацієнта, такий як стрес, страх або тривога, може призвести до емоційно напруженої взаємодії з медичним персоналом.

Медичні помилки: Наявність або підозра на медичні помилки може викликати великі конфлікти і підняти питання щодо довіри до медичного персоналу.

Стереотипи та упередження: Наявність стереотипів або упереджень може впливати на сприйняття та взаємодію між пацієнтом і медичним персоналом.

Медичні працівники не повинні виступати ініціаторами конфліктів із пацієнтами та дотримуватися етичних норм.

Конфлікти реалістичного та нереалістичного характеру. З назви

зрозуміло, що конфлікти реалістичного характеру пов'язані з несправедливим ставленням медичного персоналу до пацієнта, розчаруванням у якості консультацій та медичної допомоги чи невдоволенням результатами лікування. Важливо відрізнити випадки, коли конфлікт виникає через професійні помилки медичного працівника чи недбале ставлення до обов'язків, від ситуацій, де невдоволення пацієнта не пов'язане з помилками медичного персоналу (наприклад, через тривалість лікування або неочікувані ускладнення). Реалістичні конфлікти виникають також тоді, коли очікування пацієнта щодо процедур, відвідування медичним персоналом, чистоти в закладі не відповідають реальності.

Складніше врегулювати нереалістичні конфлікти, оскільки вони виникають внаслідок упередженого ставлення пацієнта до конкретного медичного працівника, закладу чи медицини загалом. В таких ситуаціях конфлікт не має конкретної об'єктивної причини і спрямований на вивільнення негативних емоцій.

Ураховуючи складну природу конфліктів із пацієнтами, медичним працівникам необхідно не тільки бути кваліфікованими фахівцями, але й виявляти психологічну компетентність. Важливо вчасно розпізнавати тип конфлікту — предметний чи безпредметний — і, враховуючи обґрунтовані підстави скаргу пацієнта, коригувати поведінку медичного персоналу. Це може включати визнання помилок, надання виправдань або надання підтримки пацієнту у подоланні його страхів та упереджень.

Супротив пацієнта. *Супротив змін.* Багато пацієнтів, особливо тих, хто має хронічні захворювання або виражений больовий синдром, виявляють супротив змін. Це проявляється у їхньому небажанні змінювати стандартний спосіб життя, наприклад, дотримуватися певної дієти, збільшувати фізичну активність або погоджуватися на стаціонарне лікування. Такі пацієнти часто висловлюють недовіру до лікаря та його кваліфікації, скаржаться на вартість лікування і можуть вигадувати виправдання для відмови від рекомендацій. Щоб вирішити конфлікт, лікар повинен вислухати аргументи пацієнта, пояснити переваги лікування та надати переконливі аргументи.

Супротив витратам: Супротив витратам є одним з найпоширеніших видів супротиву серед пацієнтів. Часто хворі виражають невдоволення щодо вартості медичних послуг та ліків. Однак за цим може стояти інший мотив — необов'язково відсутність коштів. Пацієнти можуть відмовлятися від лікування не тільки через фінансові труднощі, але і через страх перед болем або тривалою реабілітацією. Лікар повинен створити довірливу атмосферу, щоб з'ясувати справжні причини відмови та заспокоїти пацієнта, забезпечуючи йому вичерпну інформацію та роз'яснюючи можливі

альтернативи.

Внутрішній супротив пацієнта виявиться, як правило, у відсутності його участі в повторних консультаціях або у невиконанні медичних рекомендацій. У таких випадках пацієнти часто просто не з'являються на наступних консультаціях або можуть звертатися з скаргами до головного лікаря чи надсилати негативні відгуки в інтернеті. Щоб уникнути подібних ситуацій, лікар повинен детально вивчити потреби конкретного пацієнта перед тим, як запропонувати лікування. Пацієнт може мати очікування, що включають не лише відсутність болю та відновлення працездатності, але й ввічливе ставлення, співчуття, гарантований результат і таке інше. Виявлення цих потреб можливо під час взаємодії з пацієнтом.

Супротив на емоційному рівні. У наш час засоби масової інформації акцентують увагу на лікарських помилках, що свідчить про недбалість працівників галузі охорони здоров'я. Це призводить до підірвання авторитету лікарів та медицини загалом, що може викликати у пацієнтів певні упередження.

Важливо відзначити, що в таких випадках лікар повинен зберігати самовладання і, замість того, щоб ображатися та уникати пацієнта, спробувати надати допомогу. Бесіда може допомогти змінити ставлення пацієнта до медицини або, принаймні, стати позитивним винятком, надаючи якісну медичну допомогу.

У взаємодії з такими пацієнтами важливі уважність, щирість та емпатія. Ставлення пацієнта може змінитися завдяки чуйності та людяності лікаря, навіть якщо лікування не завершиться успішно.

Супротив через негативний досвід. Супротив, викликаний негативним досвідом, у багатьох випадках схожий на попередній тип супротиву. Пацієнт упереджено ставиться до призначень лікаря, особливо коли вони пов'язані з конкретним видом втручання або лікарем певної спеціалізації. Негативний досвід минулого, який підірвав довіру до медичного працівника, може ускладнити встановлення довіри та викликати страх або паніку.

У порівнянні із супротивом на емоційному рівні, супротив через негативний досвід проявляється більш наочно. Тому важливо, щоб лікар визначив причину негативного ставлення пацієнта, стимулюючи його до відкритої розмови. Вислухавши пацієнта, надавши рекомендації та заспокоївши його, лікар може розпочати процес покращення відносин.

Якщо виявлено, що негативний досвід призвів до фобії, лікар може рекомендувати пацієнту консультуватися з психотерапевтом перед початком лікування. Можливо, буде корисним пройти курс психологічної реабілітації.

Важливо враховувати негативні налаштування пацієнтів — це питання,

що залежить від вас. Ефективніше уникати конфліктів, ніж вирішувати їх подальше виникнення. Конфлікти виникають регулярно, тому медичні працівники повинні вдосконалювати свої комунікативні навички для адекватної реакції на скарги пацієнтів і знаходження оптимального рішення в кожній ситуації. Головному лікареві відводиться провідна роль у підвищенні комунікативної компетентності своєї команди, організовуючи відповідне теоретичне навчання, тренінги та стимулюючи підлеглих до саморозвитку.

Як вже було зазначено, конфлікт між медичним працівником і пацієнтом виникає, коли очікування одного з них не збуваються. Це може призвести до виявлення агресії, розчарування, гніву та втрати самоконтролю. Пацієнти у цьому випадку є більш вразливими, оскільки у медичному закладі вони опиняються в умовах, незвичних для них і пов'язаних зі стресом, хвилюваннями та болісними відчуттями. Часто реакція пацієнтів на прості ситуації може бути виразною та ворожою.

7. Взаємовідносини психіатр – пацієнт. Природа та якість взаємин між лікарем та пацієнтом є центральними у всіх терапевтичних зусиллях. Взаємини є віссю, навколо якої обертаються всі інші дії. Часто, маючи справу з пацієнтами, які мають психози, токсикоманію та деменцію, лікарі стають дуже механічними, не проводять з ними достатньо часу і ставляться до них максимально автократично. У той же час на сцені поступово з'явилося багато етичних і правових аспектів. Взаємини лікар-пацієнт або поліпшують, або заважають процесу оцінки, діагностики та лікування. У психіатрії це ще важливіше, оскільки терапевтична взаємодія є основним агентом зцілення. Консультація психіатра складається з трьох основних компонентів:

- збір необхідної поглибленої інформації для вироблення відповідного діагностичного формулювання;
- встановлення відносин лікар-пацієнт;
- початок і продовження різноманітних терапевтичних заходів.

У психотерапії 80% варіації результатів зумовлено якістю відносин між пацієнтом та терапевтом. Змінні взаємин більш передбачувані для результату, ніж конкретна теоретична основа, яку використовує терапевт. Едмонд Пеллегріно (американський спеціаліст з біоетики) визначає суть медичної взаємодії як "одна людина у стресі шукає іншу, яка визнає, що має знання і вміння допомогти або зцілити". Перше і найголовніше, що пацієнти хочуть — це бути вислуханими з повагою. Вони, як правило, свідомі асиметричності у відносинах. Психіатр вважається особою, яка має більше контролю і влади. Пацієнт може відчувати себе вразливим і незахищеним. Активне звернення за допомогою може викликати відчуття сорому, ганьби або поразки.

Стосунки між лікарем і пацієнтом можна позначити наступним чином:

- фактори, що стосуються пацієнта;
- фактори, що стосуються лікаря;
- підхід до пацієнта;
- модель підходу;
- певні умови, що підлягають звіту;
- згоди;
- зловживання службовим становищем і відповідальність;
- запобігання відповідальності;
- комерційні аспекти.

1. Фактори, що стосуються пацієнта.

Пацієнт приходять до психіатра не тільки зі своїми симптомами, а й з певними очікуваннями. Він вірить у різні методи лікування та сподівається на результат. Наявні симптоми відрізняються від людини до людини, навіть якщо основне захворювання однакове. Фактори, що стосуються пацієнта, визначаються: особистістю індивіда, минулим досвідом, методами боротьби з хворобою. Залежна ж особистість чекає чудес. Деякі особистості мають тенденцію перебільшувати симптоми. Асоціальні особистості виявляють вороже ставлення до терапевта. Пацієнти з параноїдальними якостями виявляють відсутність віри в лікаря і сумніваються в усіх намірах і вказівках лікаря. Погляд суспільства на хворобу, очікування суспільства та родини щодо хворої людини. Багато психічних проблем вважаються прокляттям або містичним явищем. Тому родичі можуть звернутися до психіатра, мало вірячи в те, що врешті решт буде зцілення. Економічні фактори, освіта, урбанізація: заможні та освічені сім'ї очікують від лікаря більше витраченого часу, більше пояснень і більшої гнучкості. Вони сприймають лікаря більше як друга та радника. Проте малоосвічені та вихідці з незаможних сімей чекають від лікаря більш авторитарного підходу; вони ставляться до лікаря як до свого рятувальника, а часом і як до Бога. Урбанізація призвела до більш критичного підходу. Пацієнт може сприймати лікаря як доброго/поганого/турботливого/ворожого брата/сестру/батька/матір.

2. Фактори, що стосуються лікаря.

Взаємодія лікаря з пацієнтом залежить від багатьох факторів:

- його об'єктивності, емпатії, етичних і правових питань і його власних очікувань щодо свого пацієнта;
- його характеру: лікар з параноїдальними нахилами може відчувати загрозу з боку пацієнта або його родичів. Терапевт, який має комплекс переваги, може вважати своїх пацієнтів малоосвіченими та нездатними зрозуміти якісь нюанси терапії.
- його упередженої думки: Особливо щодо різних типів пацієнтів та

їхнього соціально-економічного походження. Крім того, лікар може вважати розлади особистості невиліковними, і тому його підхід до пацієнта може бути негативним.

— фізичних та матеріальних аспектів: якщо лікар вважає, що не отримує справедливо винагороду за свої здібності, він може ігнорувати пацієнта.

— очікування суспільства щодо поведінки лікаря: Лікар має бути рятівником, завжди доступним, некомерційним. Лікарю може бути важко відповідати цій ролі.

Лікар може сприймати свого пацієнта як хорошого/поганого батька/брата/сестру/сина/дочку відповідно до власного досвіду дитинства. Це може позитивно/негативно вплинути на терапію.

3. Підхід до пацієнта.

Неосудливий підхід: сприймаючи кожен новий/старий випадок як нову сутність. Дані від родичів важливі, але це не повинно шкодити розуму. Подібним чином освітня кваліфікація, соціальне походження, фінансові умови не повинні перешкоджати постановці науково обґрунтованого діагнозу та плану лікування.

Час і обстановка: дайте пацієнту виговоритися, дозвольте обстановці бути спокійною з найменшим зовнішнім втручанням, без втручань, з достатньою кількістю часу для пацієнта, щоб уточнити деталі і зробити всі відповідні нотатки.

Структуроване/неструктуроване інтерв'ю: залежно від підходу терапевта обидва методи можуть добре служити меті. Найкращим підходом є поєднання обох.

Щире співчуття та намагання зрозуміти почуття пацієнта: це суть підходу, який ніколи не можна переоцінювати.

Залучення родичів належним чином: родичі можуть запропонувати цінні дані про стан пацієнта, іноді намагаючись неправомірно вплинути на терапію. Треба забезпечити перше, усвідомлюючи, що другого не буде.

Гарантія конфіденційності: особливо в психотерапії, і з усіма пацієнтами, має бути гарантія, що їхні історії хвороби не будуть розголошені без їхньої згоди.

Обговорення різних методів лікування: це можна обговорити з пацієнтом, якщо лікар вважає, що він має уявлення про його стан і може зрозуміти все правильно. Якщо це неможливо, слід довірити це родичам.

Добррозичливість: пам'ятати про гуманний фактор навіть під час лікування пацієнтів з обмеженою здатністю засвоювати те, що говорить чи робить психіатр.

4. Моделі підходу.

Активність – пасивність. У разі лікування деяких пацієнтів можлива дуже активна, а іноді і наполеглива позиція. Пасивне ставлення лікаря спостерігається в тому випадку, якщо він відчуває, що нічого не можна зробити, або коли є потенційні правові загрози. Захисний підхід поширений, особливо в психіатрії, щоб відвернути юридичні загрози.

Рекомендації, співпраця: часом клієнти звертаються переважно за настановами щодо певних міжособистісних чи професійних питань або шукають співпраці для вирішення міжособистісних стресів, наприклад, подружніх. Терапевт повинен вирішити, де закінчуються поради і починається терапія. І де саме порада є терапією. Соціальна близькість: психіатр має більше шансів розвинути соціальну та фізичну близькість зі своїми пацієнтами. Однак інструкції стверджують, що це непрофесійно. У випадку, коли у вас вже є соціальна близькість з пацієнтом, бажано направити цього пацієнта до іншого психіатра.

5. Певні умови, що підлягають звітуванню.

Пацієнт, який висловлює суїцидальні чи вбивчі наміри: якщо лікар оцінить ідеї про самогубство чи вбивство, висловлені під час психотерапії або іншим чином, як серйозні та/або небезпечні для життя, необхідно повідомити про це родичів/відповідний орган, щоб можна було вжити запобіжних заходів. Щоб порушення конфіденційності не викликало занепокоєння, пам'ятайте, привілей захисту закінчується, коли починається суспільна небезпека.

6. Згоди.

Інформована згода є як етичним, так і правовим питанням. Вона складається з наступних компонентів:

Інформація: Пацієнту та родичам необхідно надати обґрунтовану інформацію про хворобу та можливі способи лікування мовою, яку вони розуміють. Необхідно розповісти про поширені побічні ефекти будь-яких ліків.

Згода: необхідна згода на будь-яку процедуру чи лікування. Згода, яка мається на увазі: усна або письмова згода, залежно від обставин.

Форма згоди: у випадку таких процедур, як електрошокова терапія в психіатрії, необхідно пояснити деталі мовою, зрозумілою пацієнту та його родичам.

Компетентність: це здатність зважувати, міркувати та приймати розумні рішення на їх основі. Якщо пацієнт некомпетентний, необхідно залучити відповідну медичну довірену особу, наприклад, родичів.

Згода родичів: з практичних міркувань, якщо пацієнт некомпетентний, достатньою є згода родича на лікування. Однак, коли очікуються юридичні труднощі, наприклад, судовий параноїк, найкраще дотримуватися всіх

поширених юридичних процедур.

7. Зловживання службовим становищем і відповідальність

Помилковий діагноз: психіатр повинен використовувати свої навички, щоб дійти правильних висновків. Юридичні проблеми виникають, коли суїцидальні чи вбивчі ризики не оцінюються належним чином.

Недбалість у лікуванні: це включає недостатнє лікування, надмірне лікування, неправильне лікування, лікування без інформованої згоди, примусове лікування, побічні ефекти лікування.

Неналежна госпіталізація: Це включає госпіталізацію через помилкові причини та/або тривалу госпіталізацію без поважних причин. При необхідності тривалої госпіталізації хворому та родичам слід належним чином пояснити це. У разі необхідності слід шукати другу думку навіть у разі добровільного визнання. У випадку примусової госпіталізації існують чіткі вказівки, яких необхідно дотримуватися.

Некоректні відносини з хворим. Статеві відносини з пацієнтом, експлуатація пацієнта, соціальні та економічні угоди з пацієнтом неприпустимі. Як писалося раніше, навіть соціальна близькість з пацієнтом небажана. Будь-яка статева чи фізична близькість вважається неправомірною практикою.

8. Запобігання відповідальності

Запобігання відповідальності полягає в наступному:

Компетентна практика: Оновлення знань і навичок, а також розумне використання терапії є обов'язковими.

Документація: Історії хвороби та записи про хвороби є обов'язковими. Незважаючи на те, що пацієнту можуть бути передані документи, реєструвати їх в офісі є обов'язковою практикою.

Знання юридичних та етичних питань: адекватне знання юридичних та етичних питань, щоб передбачити та скасувати потенційну відповідальність, є необхідним для клініциста, оскільки він дбає про благополуччя пацієнтів і відданий йому.

Консультація з «другою думкою» у важких і складних випадках: Завжди розумно шукати другу думку або думку старшого у складних випадках. Це не підриває чийсь авторитет, скоріше додає необхідну альтернативну думку та світогляд, які можуть допомогти благополуччю пацієнта, а також захистити лікаря від потенційної загрози юридичної відповідальності.

Інформовану згоду. Про це йшлося раніше.

Кращі відносини між лікарем і пацієнтом: це рефрен усієї цієї статті.

Страхове покриття: незважаючи на те, що ми робимо все можливе, іноді необхідно взяти медичне страхування з відшкодуванням; оскільки найкращі

наміри, процедури та методи лікування можуть не гарантувати імунітет від потенційних юридичних труднощів.

9. Комерційні аспекти

Професійні гонорари: у приватній практиці лікар має право на відповідні гонорари. Він повинен розкрити свій гонорар пацієнту під час першої співбесіди, якщо про це запитують. Якщо ні, стягнення відповідної плати залежить від часу, сфери практики, стажу тощо. Якщо пацієнт відмовляється або не може заплатити, ввічливо порадьте йому інші шляхи лікування; або, якщо вважаєте за доцільне, приділіть належну увагу його обмеженням, знизивши гонорари. Відмова від рецепта та поради через те, що пацієнт не може заплатити, як правило, не робиться під час першої співбесіди.

Перша співбесіда: наприкінці першої бесіди необхідно обговорити подальший напрямок лікування, можливі витрати, можливу тривалість лікування, а також дати пацієнтам/родичам певне уявлення про реалістичний результат лікування. Це допомагає їм визначити подальшу участь у терапії.

Проблеми з оплатою: Лікар стикається з проблемами, коли пацієнт, навіть після належного пояснення, не платить або недоплачує за професійні послуги, госпіталізацію, ліки та інші витрати. Певними запобіжними заходами тут є залучення родичів.

Взаємодія між психіатром та пацієнтом/споживачем є спільною працею, в якій кожен вносить свою власну сутність, досвід та знання з метою усунення наслідків психіатричного розладу, сприяння одужанню та відновленню здоров'я. Як психіатр, так і пацієнт є людьми, схильними до тих самих людських вразливостей і змін. Жоден з них не має вродженої переваги моралі, інтелекту, сили, сміливості або здатності. Психіатр і пацієнт рівні у тому сенсі, що жоден з них не може претендувати на перевагу або привілеї над іншим. Однак взаємини не є симетричними, що стосується їхніх обов'язків та очікувань. Оскільки лікар має бути корисним пацієнту, він повинен володіти спеціалізованими знаннями та вміннями для сприяння процесу зцілення. Зворотно пацієнт повинен бути готовий відкрито висловлювати свої особисті думки та емоції.

Пеллегріно визначає сутність гуманістичної етики як обов'язок лікаря відновлювати людяність пацієнта, яка була зменшена хворобою. Засади біомедичної етики ґрунтуються на збереженні автономії, обов'язку сприяти добру та уникати шкоди, а також на сприянні справедливості і гуманності. Це передбачає повагу до свободи, гідності, цінностей та віровчень індивідуальної особи.

У 1995 році кілька видатних американських лікарів опублікували пацієнтсько-лікарський союз, серед іншого зазначивши, що "Медицина в

своєму центрі — це моральне підприємство, що ґрунтується на союзі довіри. Союз зобов'язує лікарів бути компетентними та використовувати свою компетентність в кращих інтересах пацієнта. Наш перший обов'язок повинен бути спрямований на служіння добру тих осіб, які шукають нашу допомогу і довіряють нам, щоб надати їй". Відомий канадський лікар Норман Бетун написав: "... Дозвольте нам переосмислити медичну етику, не як кодекс медичної етикету між лікарями, а як кодекс фундаментальної моралі та справедливості між медициною і людьми". Те, що виходить з усього цього, полягає в тому, що лікар має глибокий обов'язок на основі довіри, застосовувати свої навички, знання та співчуття вище власних інтересів на користь та добробуту пацієнта.

Психіатри повинні визнавати, що пацієнт — це людина з власними здібностями, сподіваннями та емоціями. Треба визнавати та поважати унікальність, сили та бажання кожного окремого пацієнта; розглядати процес лікування як зустріч двох людей, кожен з власними сильними сторонами та слабкостями. Емпатія є важливою для клінічного зусилля у психіатрії. Емпатія означає "співпереживання" пацієнту, тимчасово вступаючи в його взуття, щоб спробувати відчувати те, що відчуває пацієнт. Але емпатії самої недостатньо. Лікар-психіатр повинен також використовувати знання та навички на службу зцілення. Взаємна повага вимагає уваги до термінології. Для багатьох, хто отримав психіатричне лікування, виникла революція проти слова "пацієнт". В багатьох дисциплінах це слово було замінене терміном "клієнт". Для інших термін "споживач" є більш прийнятним. Виступ проти терміну "пацієнт" ґрунтується на переконанні, що цей термін передбачає пасивне і рецептивне ставлення у відносинах з лікарем. Лікар вважається тим, хто припускає авторитарний та патерналістський стан. Пацієнта вважають таким, хто повинен слідувати рекомендаціям лікаря. Це суперечить сучасній медичній практиці, яка сприяє зосередженню на пацієнті. Використання терміну "клієнт" було спробою змінити ці конотації та поставити отримувача психіатричної допомоги на більш рівний ґрунт. Однак у медичній галузі виникла багато неприємностей до цього терміну, оскільки він, здавалося, передбачав переважно комерційні відносини. Але саме терміни «лікар» і «пацієнт» охоплюють багатовікову угоду довіри, яка лежить в основі зв'язку елементарного зцілення.

8. Теоретичні питання до заняття:

1. Визначити поняття взаємин «лікар – хворий».
2. Основні моделі взаємин у системі «лікар – хворий».
3. Патерналістська модель: характеристика, основні принципи.
4. Перевага і недоліки патерналістської моделі взаємин.

5. Модель «інформаційна»: характеристика, основні принципи.
6. Дорадча модель: характеристика і основні принципи.
7. Інтерпретаційна модель: характеристика і основні принципи.
8. Визначити найбільш раціональну модель взаємин між лікарем і хворим.
9. Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта.
10. Визначити принцип «добровільної інформованої згоди» і «співпраці» лікаря і хворого.
11. Конфліктні пацієнти
12. Взаємовідносини психіатр – пацієнт

9. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Який принцип деонтології вимагає, щоб лікар зберігав конфіденційність медичної інформації пацієнта?
 - А. Принцип солідарності
 - Б. Принцип справедливості
 - В. Принцип автономії
 - Г. Принцип конфіденційності

2. Що означає принцип "інформованої згоди" у контексті відносин лікар - пацієнт?
 - А. Пацієнт має право відмовитися від лікування
 - Б. Лікар повинен інформувати пацієнта про діагноз та плани лікування
 - В. Пацієнт має право на безмежну кількість консультацій
 - Г. Лікар може приймати рішення про лікування без інформування пацієнта

3. Що включає в себе принцип "доброзичливості" у відносинах лікар - пацієнт?
 - А. Лікар завжди повинен бути підтримуючим і турботливим
 - Б. Лікар може втручатися в особисте життя пацієнта
 - В. Пацієнт завжди повинен слухати лікаря без запитань
 - Г. Лікар повинен завжди давати негативні прогнози

4. Як визначається психологічний тип пацієнта в контексті відносин з лікарем?
 - А. Це зовнішній вигляд пацієнта
 - Б. Це сукупність симптомів пацієнта
 - В. Це специфіка психічного стану пацієнта та його реакція на лікування
 - Г. Це характер поведінки лікаря під час прийому пацієнта

5. Які з нижчеперелічених є основними морально-етичними принципами взаємодії лікаря і пацієнта?
 - А. Дискримінація та обов'язок
 - Б. Інформована згода та альтруїзм
 - В. Солідарність та автономія
 - Г. Індивідуальність та конкуренція

6. Основна перевага патерналістської моделі взаємин лікаря і хворого:

- А. Активна позиція хворого.
- Б. Чіткість рішень і дій лікаря.
- В. Достатній психологічний контакт між лікарем і пацієнтом.
- Г. Раціональне використання часу для спілкування з хворим.
- Д. Все перелічене вище.

7. Основний недолік патерналістської моделі спілкування лікаря з хворим:

- А. Відсутність психологічного контакту між лікарем і хворим.
- Б. Недостатня медична освіченість пацієнта.
- В. Обмеження прав хворого.
- Г. Обмеження прав лікаря.
- Д. Висока частота лікарських помилок.

8. Які дії лікаря можуть суперечити етичним принципам взаємин з пацієнтом?

- А. Збереження конфіденційності пацієнта
- Б. Застосування дискримінації до пацієнта
- В. Інформування пацієнта про можливі ризики лікування
- Г. Повага до пацієнта та його прав на вільний вибір

9. Яка дія медичного працівника може класифікуватися як навмисний злочин?

- А. Ненадання допомоги хворому.
- Б. Незаконний аборт.
- В. Порухення правил боротьби з епідемією.
- Г. Порухення правил зберігання та видачі наркотичних препаратів.
- Д. Все перераховане вище

10. Дайте визначення поняттю «спілкування»

- А. Процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжений потребами у спільній діяльності.
- Б. Мистецтво передавати засобами голосу ідейно-образний зміст музичного твору.
- В. Гостра суперечка, що супроводжується взаємними докорами, образами.

**Відповіді до тестових завдань для самоконтролю
«Деонтологічні аспекти відносин лікар-пацієнт»**

№ питання	Відповідь
1.	Г
2.	Б
3.	А
4.	В
5.	В
6.	Б
7.	В
8.	Б
9.	Д
10.	А

10. ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. О.М.Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, Н.М. Герасимчук. Деонтологія в медицині: підручник (ВНЗ IV р. а.) — 2-е вид., випр.-2018.-240 с.
2. Укл. Ю.В.Копчинська, С.Б.Латенко Основи деонтології: навчальний посібник [Електронний ресурс] : КПП ім. Ігоря Сікорського. – Електронні текстові дані (558 КБ). – Київ : КПП ім. Ігоря Сікорського, 2019. – 87 с.
3. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів.– Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.
4. Треумова С.І., Петров Є, Бурмак Ю.Г., Трибрат Т.А. Деонтологія та етика в клінічній практиці: навчальний посібник. Ч. 2 / — Полтава: Техсервіс, 2017. — 375 с.
5. Деонтологія в медицині. Ч. 4: метод. вказ. для самост. роботи студентів з курсу за вибором / упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова, Н. М. Герасимчук. Харків: ХНМУ, 2021. — 48 с.
6. Захист персональних даних в закладах охорони здоров'я. Збірник нормативно-правових актів. Вип. 7 /ДОЗ ЛОДА, Львівський обласний центр здоров'я. –Львів, 2014. –63 с.
7. І. Тетарчук, Т. Дяків Етика та естетика. - Центр учбової літератури – 2021 – 316 с.
8. В.С. Тарасюк, Г.Б. Кучанська. Паліативно—хоспісна допомога: навчальний посібник. – 2-е видання.-Медицина.-2021.-328 с.
9. Петков В.П. Охорона здоров'я в Україні - ЦНЛ. - 019.- 288 с.
10. Шоріков Є.І., Шумки Р. І. , Хухліна О. С.Клінічна фармакологія.-2021.-352 с.

11. Максименко Д.С. Здоров'я дитини в сучасному інформаційному середовищі. – ЦНЛ.-2020.-224 с.
12. Паливода А.В. Основи законодавства України про охорону здоров'я.-2021.-60 с.
13. Ричард Шеперд. Неприродні випадки. Нотатки судмедексперта в 34 розтинах.- Book Chef-2022.-448 с.
14. Булеца С.Б., Менджул М.В. Правові питання евтаназії: Україна та світовий досвід.-ТОВ "РІК-У".-2021.-68 с.
15. Міщенко Т.С. Савіна М.В., Штриголь Д.В., Лісна Н.М. Медична психологія: навчальний посібник у двох частинах. Частина 1. Загальні питання медичної психології : навч. посіб. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020. 106 с.
16. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально—методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.
17. Вороненко Ю.В., Губський Ю.І. Паліативна та хоспісна допомога. (за ред.)-2017.-392 с.
18. Шевченко А.І. та ін. Онкологія.-Нова книга.-2020.-488 с.
19. Л. Удалова, Є. Кузмічова-Кисленко. Лікарська таємниця в кримінальному процесі України – Центр навчальної літератури – 2019.-136 с.

Додаткова література:

1. Основи біоетики та біобезпеки, Бобирьов В. М., Дворник В. М., Девяткіна Т. О. - Навчальний посібник для студентів закладів вищої медичної освіти – 2020 – 248 с.
2. Генрі Марш. Щоденники нейрохірурга.-2022 – 336 с.
3. Раніше, ніж Я створив тебе у лоні... Етика репродуктивної медицини. Путівник – Дух і Літера – 2022
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я.- Алерта.-2021.-56с.
5. 100 оповідань з історії медицини. Найвидатніші відкриття, подвиги та злочини в ім'я вашого здоров'я і довголіття. Михайло Шифрин.- Альпіна.-2021.-680 с.
6. Психологічна травма та шлях до видужання. Джудіт Герман.- Видавництво Старого Лева.-2021.-424 с.
7. Міщенко В. М., Волошин П. В., Міщенко Т. С., Здесенко І. В., Бовт Ю. В., Харіна К. В., Дмитрієва О. В., Посохов М. Ф., Байда Р. М., Кожевнікова В. А., Бокатуєва В. В., Фисенко А. В. Клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з неврологічними, психічними та поведінковими розладами. - Харків: Видавець Строчков Д. В. – 2021р. – 376 с.
8. Коваль П.Б., Прохно О.І. Юридичні аспекти співпраці лікаря і пацієнта (огляд законодавчої бази) //Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. –2015. -№ 2. – С.11-16.
9. Лашкул З.В., Сізінцова Ю.Ю., Фершал Я.Ю. Інформована згода пацієнта:

поняття, мета та значення у процесі реалізації прав та обов'язків медичних працівників. – Запоріжжя, 2013. – 190 с.

10.Скрипніков А. М. Значення лікарської етики й деонтології у формуванні особистості майбутнього лікаря / А. М. Скрипніков, К. В. Гринь, В. Г. Гринь // Реалії, проблеми та перспективи вищої медичної освіти : матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 25 березня 2021 р. – Полтава, 2021. – С. 242–244.

11.Генрі Марш. Історії про життя, смерть і нейрохірургію,-2022.-312 с.

Інформаційні ресурси з деонтології в медицині:

- <http://www-library.univer.kharkov.ua/ukr>
- moodle.karazin.ua
- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
- <http://www-library.univer.kharkov.ua/ukr>
- <https://ips.ligazakon.net/document/XG3LE00A>
- <https://advokaty.dp.ua/wp-content/uploads/2019/11/Stopina-U.-O.-Medychna- Informatsiya-ta-likarska-tayemnytsya.pdf>
- https://balka-book.com/files/2020/01_08/13_23/u_files_store_1_84290.pdf
- <https://www.themedicportal.com/application-guide/medical-school-interview/medical-ethics/>
- <https://www.themedicportal.com/application-guide/medical-school-interview/medicine-interview-questions/ethics-questions/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6060929/>
- <http://medmat.pp.ua/21/07452.html>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6060929/>
- https://stud.com.ua/167765/etika_ta_estetika/deontologiya_pediatria
- <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/2686>
- <https://medplatforma.com.ua/article/622-rozvyazannya-konflktv-mj-patsntom-ta-lkarem>
- <https://journalofpsychiatryreform.com/2016/08/29/the-psychiatrist-patient-relationship/#:~:text=The%20relationship%20between%20psychiatrist%20and,pro moting%20recovery%20and%20restoring%20health.>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4381325/>

Укладач:
асистент

Хрол Н.В.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Хрол Наталя Володимирівна

**ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОСИН
ЛІКАР-ПАЦІЄНТ**

Методичні рекомендації
для студентів 2-го курсу з дисципліни
«Деонтологія в медицині»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 21.05.2024. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 1,91. Обсяг. 0,721 Мб. Зам. № 112/24.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна