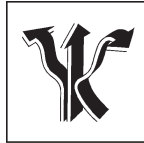


МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ПРАЦІ

Навчальний посібник

Укладач І. В. Федік

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2017

Рецензенти: *Ю. В. Руть*, д-р мед. наук, акад. УТА, доц.
О. М. Кокун, д-р психол. наук, проф.
Т. К. Знаменська, д-р мед. наук, проф.

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії
управління персоналом (протокол № 6 від 02.07.14)*

Психологічні аспекти медичної праці: навч. посіб-
ник / Уклад. І. В. Федік. — К.: ДП «Вид. дім «Персонал»,
2017. — 126 с. — Бібліогр.: с. 123–125.

ISBN 978-617-02-0179-9

У навчальному посібнику розглядаються методологічні принципи психології медичної праці, психологічні особливості та специфіка роботи медичного працівника, охорона праці в медичних установах.

Навчальний посібник створено для розкриття психологічних проблем сучасної медичної праці. Він містить теоретично-практичний матеріал за тематикою курсу психологічні аспекти медичної праці.

Для студентів вищих навчальних закладів, викладачів, а також для широкої читацької аудиторії, що цікавиться психологією.

© І. В. Федік, уклад., 2017

© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2017

ISBN 978-617-02-0179-9

© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017

ЗМІСТ

Передмова	5
Змістовий модуль I. Основи психології медичної праці	7
1. Психологія медичної праці.....	7
2. Методи вивчення психологічних аспектів медичної праці.....	11
Змістовий модуль II. Психологічні особливості медичного працівника та їх зміна у процесі професійної діяльності	19
1. Психологія медичного працівника та її роль у лікувальному процесі.....	19
2. Особистість пацієнта та ефективність психологічного контакту з ним.....	27
3. Чинники впливу на професійну діяльність медичного працівника	34
4. Синдром емоційного вигорання.....	43
5. Професійні деформації, що виникають у медичних працівників.....	47
6. Запобігання виникненню явищ професійного вигорання та професійної деформації	49
Змістовий модуль III. Специфіка роботи медичного працівника у медичних установах різного профілю	60
1. Взаємодія лікаря та пацієнта	60
2. Взаємодія медичної сестри та пацієнта.....	68
3. Особливості контакту з пацієнтами в терапевтичній клініці	78
4. Особливості контакту з пацієнтами в хірургічній клініці	79
5. Особливості контакту з пацієнтами в психіатричній клініці	80

6. Особливості контакту з пацієнтами в клініці неврозів.....	81
7. Особливості контакту з пацієнтами в стоматологічній клініці.....	82
Змістовий модуль IV. Охорона праці в медичних установах.....	89
1. Медико-психологічний підхід до охорони праці в медичних установах.....	89
2. Система охорони праці та здоров'я працівників медичної сфери.....	92
3. Заходи психогігієни та психопрофілактики для медичних працівників.....	97
4. Інструкції з охорони праці в медичних установах.....	108
Контрольні запитання.....	115
Рекомендовані теми для рефератів.....	120
Література.....	123

ПЕРЕДМОВА

Навчальний посібник “Психологічні аспекти медичної праці” призначений для засвоєння дисципліни “Психологія медичної праці”, яка тісно пов’язана з низкою природничих, гуманітарних та інших психологічних наук, використовуючи їх досягнення та водночас збагачуючи власними здобутками, зокрема з економікою, соціологією, фізіологією та гігієною праці, розділом медицини, що вивчає професійні захворювання і психологічну експертизу працездатності, професійною педагогікою, технічною естетикою, математикою, математичною логікою, семіотикою, дитячою, віковою, педагогічною, юридичною та медичною психологією, психологією управління.

Основна мета навчального посібника “Психологічні аспекти медичної праці” — дати змогу студентам опанувати певний обсяг знань та підготуватися до практичної роботи медичних психологів з питань визначення психологічної сутності професійної діяльності медичних працівників, розглянути та вивчити особливості їх особистості, взаємодію з виробничим середовищем.

Навчальний посібник розглядає методологічні принципи психології медичної праці, основні напрями досліджень та допомагає навчитися розв’язувати основні *завдання психології медичної праці*.

Посібник створено на основі сучасних підходів до розуміння сутності медичної праці, що відбувається в умовах підвищеної моральної відповідальності за життя і здоров’я людини, які в усьому світі визнані незаперечною цінністю і невіддільною складовою суспільного багатства, і з урахуванням законодавства України про охорону здоров’я та прийнятої в Україні Міжнародної класифікації хвороб.

Наведені у посібнику контрольні запитання допоможуть визначити рівень засвоєння студентами матеріалу з основ психо-

логії медичної праці, психологічних вимог до медичного працівника у процесі праці та їхню роль у лікувальному процесі: питань специфіки роботи медичного працівника в медичних установах різного профілю; чинників впливу на професійну діяльність, методів оптимізації праці медичного працівника і способів запобігання появі професійної деформації та емоційного вигорання, що актуально в сучасних соціально-економічних умовах. Ці питання покладено в основу формування базових знань з курсу.

Відповідно до навчального плану посібник спрямований на допомогу студентам до семінарських занять, а також дає можливість визначити основні напрями самостійної роботи студентів, в яку входять освоєння теоретичного матеріалу з рекомендованих літературних джерел та аналіз сучасних психологічних досліджень.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ I

Основи психології медичної праці

1. Психологія медичної праці

На сучасному етапі розвитку вітчизняної психології можна сміливо стверджувати, що такий напрям, як психологія медичного працівника, посів важливе місце серед низки галузей психологічної науки. Медичний персонал потребує особливої уваги та підтримки з боку психологів, що зумовлено умовами та особливостями їхньої роботи, через щоденну взаємодію з пацієнтами та їхніми рідними, зокрема проблеми особистого характеру. Важкі умови праці, контакт з небезпечними речовинами та понаднормова праця у сукупності з відчуттям постійного нервового напруження та підвищеної відповідальності — це те, з чим медичні працівники стикаються щодня. А отже, можна рішуче заявляти, що професією підвищеного ризику залишається робота медиків.

З огляду на зазначене, можна виокремити основні завдання психології медичного працівника:

1) створення умов для ефективної трудової діяльності медичних працівників шляхом дослідження особливостей психічних процесів як регуляторів медичної діяльності;

2) вивчення основних психічних якостей медичного працівника як суб'єкта праці, особливостей і структури функціональних станів у процесі медичної діяльності, закономірностей розвитку особистості медичного працівника у процесі професійної діяльності, проблеми мотивації професійної діяльності, емоційно-вольової сфери особистості медичного працівника як регулятора професійної діяльності;

3) розкриття механізмів стресостійкості, дослідження соціально-психологічних чинників професійної діяльності медичних працівників, що впливають на ефективність медичної пра-

ці та ставлення до праці, а також гуманізацію медичної праці та сприяння розвитку особистості медичного працівника шляхом участі в підготовці, підборі та розподіленні медичних кадрів, регулюванні питань взаємодії медичних працівників у процесі медичної праці, профілактиці втоми, перевтоми, запобігання професійним деформаціям та захворюванням;

4) підвищення змістовності праці, створення умов для всебічного розвитку особистості медичного працівника.

Мультидисциплінарність спостерігається в тісному зв'язку з низкою природничих, гуманітарних та інших психологічних наук, використовуючи їх досягнення та водночас збагачуючи власними здобутками, зокрема з економікою, соціологією, фізіологією та гігієною праці — розділом медицини, що вивчає професійні захворювання і психологічну експертизу працездатності, професійною педагогікою, технічною естетикою, математикою, математичною логікою, семіотикою, дитячою, віковою, педагогічною, юридичною та медичною психологією, психологією управління. Кожна з цих дисциплін дає змогу використовувати знання для детального дослідження, аналізу та корекції професійних деформацій, проблем взаємодії медперсоналу з пацієнтами, розробки програм медичної та соціальної реабілітації, а також профілактики і попередження проблем особистісного характеру працівників у галузі медицини.

Зміст психології медичної праці, її місце та обсяг дотепер по-різному розуміються фахівцями. Спільним є те, що психологія медичної праці розглядає галузь, яка межує з медициною, медичною психологією та психологією праці. При цьому вона вивчає проблеми медицини, як діяльності, у психологічному аспекті і методами психології.

Робота медичного персоналу — складова системи охорони здоров'я, що оперує значними кадровими ресурсами і реальними потенційними можливостями для задоволення потреб населення в доступній і прийнятній медичній допомозі.

Медична праця — це мистецтво і наука водночас. Вона вимагає опанування специфічними навичками, знаннями і вмінням їх практичного застосування, ґрунтується на знаннях і

методах різних гуманітарних дисциплін, а також наук, що вивчають фізичні, соціальні, медичні та біологічні закони. Без якісної праці медичного персоналу не може бути якісної медичної допомоги.

Деонтологія (від грец. *deon* — належне) — у буквальному перекладі “наука про належне”, наука про професійну поведінку. Це наука про високий обов’язок медиків і водночас про те, яким має бути моральний, естетичний та інтелектуальний їхній вигляд, якими мають бути взаємини між медиками, пацієнтами та їхніми рідними, якими мають бути взаємини в медичному колективі.

Деонтологія — розділ етики, що розглядає проблеми обов’язку і належного морального складу професійної поведінки. Термін було введено на початку ХХ ст. англійським філософом І. Бентамом. Розробляючи вчення про особисте належне в поведінці індивіда, І. Бентам протиставляє деонтологію етиці — науці про мораль і громадськість у поведінці і стосунках усіх людей. Етичні норми поведінки досить динамічні. Насамперед вони схильні до впливу суспільних факторів і норм суспільної моралі. У вітчизняній медицині деонтологія завжди визнавалась як вчення про обов’язок лікаря не тільки перед пацієнтами, а й суспільством. Робота лікаря, його поведінка завжди розглядались як велика справа суспільства.

Медична деонтологія ґрунтується на етиці — вчення про мораль (моральність), її специфіку та закони розвитку. Етика дає обґрунтування тієї чи іншої моральної системи, того чи іншого розуміння добра і зла, обов’язку, справедливості, совісті, честі та гідності, щастя і сенсу життя.

Французький філософ-матеріаліст Поль Анрі Гольбах визначав етику як науку про відносини, що існують між людьми, і про обов’язки, що випливають з цих відносин. Не можна виконувати завчені правила поведінки, не усвідомивши свого обов’язку перед людьми, суспільством, державою. Проте медичні працівники, усвідомлюючи свій обов’язок для того, щоб його виконати, мають керуватися правилами деонтології, заснованими на знаннях принципів медицини, особливо медич-

ної психології. Інакше, навіть бажаючи принести пацієнтові користь, можна заподіяти йому шкоду.

Спілкування медика і пацієнта — це спілкування двох особистостей, під час якого необхідно враховувати особливості цих особистостей. Наприклад, безтурботного пацієнта можна налякати наслідками недостатнього лікування хвороби, але нічого не вийде, якщо ці погрози будуть адресовані недовірливому пацієнтові. Вислуховуючи скарги пацієнта, слід зважати на особливості його сприйняття та їх зміну під час захворювання, а також особистісне ставлення пацієнта до хвороби. Спілкуючись з пацієнтом, слід чітко усвідомлювати і можливості своєї особистості, особливості свого характеру.

Сучасний комплексний підхід до лікування пацієнта має поєднувати три основні види терапевтичного впливу: біологічний, психологічний і соціальний. Цей підхід слід застосовувати до всіх захворювань, оскільки будь-яка хвороба дезорганізовує психологічну рівновагу і соціальне функціонування людини. Він особливо значущий при хронічних соматичних і психічних захворюваннях, психосоматичних розладах і неврозах.

Ефективність лікування в медицині традиційно оцінюється на основі симптоматичного критерію: одужання, поліпшення, без змін, погіршення. Нині розробляються і додаткові критерії оцінки ефективності різних методів і прийомів комплексної терапії. Найбільш адекватним для комплексної оцінки ефективності лікування вважається підхід, який враховує всі три площини розгляду терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну та соціальну (Б. Д. Карвасарський).

Процес лікування будь-якого захворювання супроводжується низкою психологічних явищ, пов'язаних з особистістю пацієнта, медичного працівника і застосованими методами лікування. Уміння медичного працівника враховувати психологічні фактори лікування дає змогу йому глибше оцінити ефективність терапії та прогноз хвороби. Хороший контакт з лікарем і медичною сестрою потрібен будь-якому пацієнту для гарантії того, що разом вони успішно здолають хворобу. Добре, коли взаєморозуміння формується вільно і природно, коли

стиль спілкування пацієнта відповідає аналогічним характеристикам лікаря.

На жаль, більшість медичних працівників розвивають свої взаємини з пацієнтами стихійно, ґрунтуючись на свої здібності та наочний приклад колег. Як наслідок, спілкування з пацієнтом здебільшого залежить від ситуації: якщо пацієнт не бажає спілкування навіть за сприятливого його ставлення, контакт буде неефективним. Відсутність контакту або формальні взаємини лікаря, медичної сестри і пацієнта різко знижують інформативність анамнезу, погіршують результативність лікування.

Передумовою виникнення позитивних психологічних стосунків і довіри між медичними працівниками та пацієнтами є, безсумнівно, кваліфікація, досвід лікаря або медичної сестри. Однак, як підкреслюють польські психологи Р. Кінцевий і М. Боухал, кваліфікація є тільки інструментом, більший або менший ефект застосування якого залежить від інших сторін особистості лікаря. Довіра до лікаря залежить від потреб пацієнта, його очікувань і вимог, відповідності образу (еталону) ідеального лікаря та інших особистісних позицій і властивостей пацієнта.

2. Методи вивчення психологічних аспектів медичної праці

У методології вивчення дисципліни “Психологія медичної праці” можна виокремити два підходи: пояснюючий і розуміючий. Перший пов’язаний з нозологічною парадигмою клінічно-психологічної діагностики, другий — з описово-феноменологічною. У нозологічній парадигмі спеціаліст ґрунтується на загальних висновках, застосованих до широкого кола людей. В описово-феноменологічній парадигмі психолог акцентує увагу на унікальності ситуації кожного конкретного медичного працівника.

Нозологічна парадигма пропонує розглядати психічну діяльність як набір окремих процесів і станів, кожен з яких тісно пов’язаний з певною біологічною підставою — морфофункціональним субстратом. За кожним психічним станом стоїть конкретний біологічний процес. Таким чином, ознаки порушень

психічної діяльності вважаються об'єктивними за своїм походженням, оскільки в них відображаються цілком конкретні порушення морфофункціональної основи (патогенез, спричинений якимось етіологічним фактором). Отже, розпізнавання за окремими ознаками прихованого органопатологічного процесу дає змогу визначити сутність і причини спостережуваного розладу. Нозологічний підхід змушує психолога бачити в особливостях протікання психічної діяльності насамперед зовнішні симптоми прихованої патології або хвороби. При цьому діагност трактує прояви психічної діяльності та поведінки з позиції людини, яка краще за досліджуваного обізнана про справжні (об'єктивні) причини того чи іншого стану. Питання співвідношення норми та патології зі сфери психічного переноситься у сферу біологічного, тоді як на практиці патологія часто трактується довільно на підставі співвіднесення власного розуміння витоків поведінки і стану досліджуваного з соціальними нормами.

Ведучий нозологічний принцип діагностики — принцип пояснення, який ґрунтується на зрозумілості або незрозумілості для стороннього спостерігача (психолога або лікаря) поведінки людини і особливостей її психічної діяльності.

Основний акцент в нозологічно орієнтованій клініко-психологічній діагностиці робиться на розрізненні окремих ознак розладу та визначенні їх зв'язку з патологічними процесами. Патологічні ознаки позначаються за допомогою системи симптомів.

При цьому психопатологічні симптоми поділяються на позитивні і негативні.

Позитивні симптоми позначають ознаки патологічної продукції психічної діяльності (ознаки, які виникають знову і яких не було раніше). До них належать туга, страх, тривога, ейфорія, психомоторне збудження.

Негативні симптоми включають ознаки шкоди, вади, дефекту психічного процесу, наприклад, гіпомнезія, амнезія, апатія.

Сукупність усіх симптомів утворює симптомокомплекс, в якому можна виділити низку закономірно поєднаних один з одним симптомів, що утворюють синдром.

Синдром — це строго формалізований опис закономірного і стійкого сполучення симптомів.

У синдромі виокремлюють обов'язкові, додаткові і факультативні симптоми. Обов'язковий симптом вказує на походження розладу. Додатковий симптом відображає тяжкість, вираження розладу (можуть бути відсутніми в конкретних випадках). Факультативний симптом пов'язаний з модифікуючим впливом різних факторів. Серед обов'язкових симптомів буває один (простий синдром, наприклад, астеничний) або два, і більше (складний синдром).

Використання понять симптому і синдрому дає змогу описати стан пацієнта суворо формалізовано, оскільки розкладає цілісну психічну діяльність на окремі типові одиниці, що важливо для розпізнавання сутності порушення.

На прояв симптомів впливають такі фактори, як вік, стать і культура, в якій виховувалася людина (контекст поведінки).

Описово-феноменологічна парадигма клініко-психологічного дослідження не дотримується чіткого розмежування нормальної і порушеної психічної діяльності або поведінки. Тут істотне значення для діагностики мають цілісні суб'єктивні переживання пацієнта і його власні трактування свого стану. Феноменологічно орієнтоване клініко-психологічне дослідження ґрунтується на чотирьох основних принципах: розуміння, утримання від судження, неупередженості та точності опису, принцип контекстуальності.

Принцип розуміння передбачає аналіз суб'єктивного сенсу, який пацієнт вкладає в ті чи інші феномени, які нам здаються дивними, ненормальними. Адже один і той самий зовнішній феномен після акту розуміння може бути названий аутизмом або інтроверсією, амбівалентністю або нерішучістю, резонанством або демагогією.

Принцип утримання від судження припускає, що необхідно абстрагуватися від синдромального мислення і не намагатися укладати спостережувані феномени в нозологічні рамки.

Принцип неупередженості та точності опису полягає у вимозі виключити будь-які властиві діагносту суб'єктивні інтер-

претації стану пацієнта з позицій власного життєвого досвіду, моральних установок та інших оціночних категорій. Він також передбачає ретельний підбір слів для опису стану пацієнта.

Принцип контекстуальності має на увазі, що феномен не існує ізольовано, а є частиною загального сприйняття і розуміння людиною навколишнього світу і самого себе. Контекстуальність дає змогу визначити місце, адекватність умовам і міру усвідомлення пацієнтом того чи іншого психічного феномену.

Засоби, які має сучасна психодіагностика і які доцільно використовувати як методи вивчення психології медичних працівників, поділяються за своєю якістю на дві групи:

- 1) формалізовані методики;
- 2) малоформалізовані методики.

До *формалізованих* методик належать:

- тести;
- опитувальники;
- методики проективної техніки;
- психофізіологічні методики.

Для них властиві:

- певна регламентація;
- об'єктивізація процедури обстеження або випробування (точне дотримання інструкцій, певні способи пред'явлення стимульного матеріалу, невтручання дослідника в діяльність випробуваного та ін.);
- стандартизація (встановлення однаковості проведення обробки і представлення результатів діагностичних експериментів);
- надійність;
- валідність.

Ці методики дають змогу зібрати діагностичну інформацію у відносно короткі терміни і в такому вигляді, який дає можливість кількісно і якісно порівнювати індивідів між собою.

До *малоформалізованих* методик слід віднести:

- спостереження;
- бесіду;
- аналіз продуктів діяльності.

Ці методики дають дуже цінні відомості про досліджуваного, особливо коли предметом вивчення виступають такі психічні процеси і явища, які мало піддаються об'єктивізації (наприклад, погано усвідомлювані суб'єктивні переживання, особистісні смисли) або є надзвичайно мінливими за змістом (динаміка цілей, станів, настроїв тощо). Слід мати на увазі, що малоформалізовані методики дуже трудомісткі (наприклад, спостереження за обстежуваним відбувається іноді протягом кількох місяців) і більшою мірою засновані на професійному досвіді, психологічній підготовленості самого психодіагноста. Тільки наявність високого рівня культури проведення психологічних спостережень, бесід допомагає уникнути впливу випадкових і побічних факторів на результати обстеження або випробування.

Малоформалізовані діагностичні методики не слід протиставляти формалізованим. Як правило, вони взаємно доповнюють одна одну. У повноцінному діагностичному обстеженні необхідним є гармонійне поєднання і перших, і других методик.

Так, збору даних за допомогою тестів має передувати період ознайомлення з обстежуваними (наприклад, з їх біографічними даними, схильностями, мотивацією діяльності та іншими особливостями). З цією метою можуть бути використані інтерв'ю, бесіда, спостереження та цілий комплекс базових психодіагностичних методів.

З огляду на те, що під вивченням психологічних аспектів медичного працівника ми розуміємо дослідження особливостей і певних якостей працівників медичної сфери, доцільно стверджувати, що ми можемо використовувати всі доступні методи практичної психодіагностики. Безпосередньо для дослідження використовуються такі групи методів та методик залежно від сфери вивчення:

- методики дослідження особистісних характеристик медичного працівника;
- методики дослідження результатів професійної діяльності;

- методики дослідження динаміки процесів у колективі;
- методики дослідження впливу професійної діяльності на особистість.

Методи дослідження особистісних характеристик медичного працівника містять блоки методик, які дають змогу нам проаналізувати і оцінити такі фактори, як:

- характерологічні особливості (тест Леонгарда–Шмішека);
- тип темпераменту та його вплив на професійну діяльність (тест Айзенка, “паспорт” темпераменту Белова);
- провідні мотиваційні компоненти (методика Потьомкіної);
- особливості емоційної сфери, особливо щодо наявності перших ознак емоційного вигорання (методика Бойко).

Дослідження результатів професійної діяльності містять такі методики, які дають змогу визначити наявність і рівень професійних досягнень:

- вимірювання ефективності навчання або тренування у відносно відомих і контрольованих умовах трудової діяльності;
- відбір персоналу на певні робочі пости, що вимагають відповідних професійних знань і досвіду;
- визначення кваліфікації службовців під час вирішення питань про перенавчання та планування кар’єри.

Відмітна особливість тестів професійних досягнень — їх висока специфічність, оскільки їх розробляють для обліку знань, навичок, умінь у вузькоспеціалізованій професійній сфері. Розробка таких тестів здебільшого проводиться на критеріальній основі. Як критерій зазвичай розглядається необхідний для успішної професійної діяльності рівень оволодіння знаннями та навичками. Встановлення такого критерію здійснюється шляхом аналізу кваліфікаційних вимог і описом процесу виконання робочих завдань.

Щоб отримати повну картину професійної діяльності, упорядник тесту також консультується з експертами в цій сфері — інструкторами виробничого навчання, досвідченими працівниками, керівниками підрозділів.

Дослідження динаміки процесів у колективі дає змогу нам оцінювати психологічний клімат, особливості взаємин серед персоналу, готовність працювати у форс-мажорних обставинах.

За допомогою результатів опитувачів можна:

- вивчити психологічну атмосферу (Ф. Фідлер);
- визначити згуртованість у будь-якій малій групі (виробничій, спортивній, медичній бригаді тощо) (К. Сішора);
- визначити соціально-психологічний клімат у виробничих (медичних) бригадах (А. А. Русалінова, Б. Д. Парігін, Л. І. Уманський, О. С. Михалюк та А. Ю. Шалито);
- передбачити, що люди скажуть або зроблять у певній ситуації; передбачити, що інші скажуть про них (СРІ);
- виявити переважний тип ставлення людини до інших людей (Т. Лірі).

Водночас опитувачі дають можливість:

- відтворити внутрішню картину формування внутрішньоколективних зв'язків;
- проаналізувати джерела міжособистісних конфліктів;
- виявити специфіку сучасного і минулого емоційного досвіду членів групи;
- діагностувати деякі стійкі характеристики як особистісних, так і групових взаємин.

Дослідження впливу професійної діяльності на особистість проводиться на підставі отриманих результатів за всіма перерахованими методами, тобто в це поняття входить комплексна психологічна оцінка досліджуваного співробітника, яка дає змогу виявити перші ознаки професійної деформації, емоційного вигорання, наявність синдрому хронічної втоми, а також вчасно розробити комплекс психокорегуючих програм. Тобто доцільно проводити деякі дослідження (тестування) через певні проміжки часу для того, щоб мати змогу спостерігати зміни особистості в усіх сферах її буття, у тому числі і в професійній динаміці. Таким чином, можна попередити та знизити ризики психологічного здоров'я фахівця під час виконання ним службових обов'язків.

Контрольні та орієнтовні запитання для самостійного опрацювання

1. Предмет і завдання психології медичної праці.
2. Особливості психології медичної праці як підрозділу медичної психології.
3. Основні завдання психології медичної праці.
4. Мультидисциплінарність у психології медичної праці та її зв'язок з природничими і гуманітарними науками.
5. Місце і значення психології медичної праці в медицині та психології.
6. Основні напрями досліджень у сучасній психології медичної праці.
7. Основні методи досліджень у психології медичної праці.
8. Допоміжні методи досліджень у психології медичної праці.
9. Фізіологічні методи досліджень у психології медичної праці.
10. Трудовий метод дослідження у психології медичної праці.
11. Особливості медичної праці як специфічного суспільного явища.
12. Професійні вимоги до особистості медичного працівника.
13. Психологічні вимоги до особистості медичного працівника.
14. Психологічний профіль медичного працівника.

Рекомендована література

1. *Абрамова Г. С.* Практическая психология / Г. С. Абрамова. — Екатеринбург: Деловая книга, 1998. — 368 с.
2. *Богучарова О. І.* Здоров'я особистості у психологічній перспективі / О. І. Богучарова. — К.: Геопринт, 2004. — 282 с.
3. *Бойко В. В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В. В. Бойко. — М.: Наука, 1996. — 142 с.
4. *Бойко В. В.* Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / В. В. Бойко. — СПб.: Питер, 1999. — 105 с.
5. *Вітенко І. С.* Загальна та медична психологія / І. С. Вітенко. — К.: Здоров'я, 1994. — 295 с.
6. *Криштопа Б. П.* Медична допомога і ринок: проблеми менеджменту / Б. П. Криштопа. — К., 1996. — 119 с.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ II

Психологічні особливості медичного працівника та їх зміна у процесі професійної діяльності

1. Психологія медичного працівника та її роль у лікувальному процесі

Професія лікаря — одна з найстародавніших і найшанованіших на Землі. Вона є вираженням властивої людині потреби надавати допомогу тим, хто страждає. В усі часи, в усіх народів лікування цінувалося дуже високо. Ще Гомер писав: “Сотні воїнів коштують один лікар майстерний”.

Для суспільства зовсім не байдуже, хто обирає собі професію лікаря і як він виконує моральні обов’язки, що накладаються на нього цією професією. З розвитком суспільства змінювалося становище лікаря в ньому, зростав його суспільний престиж і авторитет, необхідний для здійснення професійної діяльності, змінювалися і вимоги до лікаря та охорони здоров’я в цілому.

Однак незалежно від соціально-суспільних формацій обов’язковою умовою успішного лікування завжди було і залишається дотримання певних морально-етичних принципів у взаєминах лікаря і пацієнта.

Інша важлива психологічна характеристика, що становить психологічний портрет медичного працівника — емоційна стабільність, врівноваженість за відсутності імпульсивності, надмірної емоційної експресивності, із збереженням контролю над емоційними реакціями і поведінкою в цілому. Емоційна стабільність допомагає лікареві у взаєминах з пацієнтом уникати “психологічних” зривів, конфліктів.

Інтенсивні емоційні реакції не тільки руйнують довіру пацієнта, лякають і насторожують його, а й астенизують, втворюю-

ють. Навпаки, душевна рівновага лікаря, його спокійна доброзичливість, емоційна стабільність викликає у пацієнта відчуття надійності, сприяють встановленню довірливих стосунків. Під час хвороби, як правило, підвищується рівень тривоги, що призводить до посилення емоційної нестійкості, що проявляється в дратівливості, плаксивості, збуджуваності та агресивності. Здебільшого спостерігається також астения в якості однієї з найбільш поширених і неспецифічних форм психічного реагування на різноманітні внутрішні та зовнішні психогенні чинники. Логічно, що пацієнти з їх нестабільною, через захворювання, психікою, тривожністю, невпевненістю, занепокоєнням, лабільністю емоційних реакцій потребують стабілізуючої впевненості лікаря.

Психологічною характеристикою, що бере участь у формуванні комунікативних копінг-ресурсів медичного працівника, є й сенситивність до відкидання. Здатність сприймати негативне ставлення оточуючих, зокрема пацієнтів, яке може виникати на певних етапах лікування, надає лікареві своєрідний “зворотний зв’язок”, що уможливує коригування своєї поведінки у взаєминах з пацієнтом. Взаємини між пацієнтом і медичним працівником залежать не тільки від індивідуальних особливостей пацієнта, його психіки, а й від особистості та поведінки медичного працівника, його загальної та професійної культури, дотримання принципів етики та деонтології.

Основна відповідальність за характер цих взаємин, таких важливих для успішного лікування, завжди лягає на медичного працівника. Він зобов’язаний, формуючи свої взаємини з пацієнтом, враховувати особливості його особистості, переживання.

Діагностичний процес для лікаря починається вже з моменту появи пацієнта: його зовнішнього вигляду, ходи, особливостей мови тощо. Однак не слід забувати, що і пацієнт з перших хвилин оцінює лікаря. Відмінність у тому, що, якщо лікар бачить кожного пацієнта на тлі нескінченної низки пацієнтів, то для пацієнта лікар — людина незвичайна, унікальна, якій він довіряє своє благополуччя, здоров’я, а то й життя. Тому він до-

питливо і з особливою прискіпливістю вивчає лікаря. Створене у нього враження є фундаментом майбутнього психотерапевтичного впливу. Згадаймо відомий вислів: “Якщо хворому не стало легше після першої ж зустрічі з лікарем, то це поганий лікар”.

Немолодому лікареві щодо цього легше, на нього “працюють” його стаж, сивина, популярність, звання: пацієнт заздалегідь готовий поставитися до нього з довірою. Молодому лікареві важче: він має подолати природну підозру в недостатньому досвіді.

Пацієнт вивчає свого лікаря насамперед як людину: чи добрий він, уважний, співчутливий, спокійний або метушливий.

З перших слів треба створити враження привітності, участі, готовності допомогти. Байдужий тон, сухе звернення, неуважність тут згубні. Якщо пацієнт схвильований або страждає від болю, задишки, необхідно спочатку заспокоїти його, пообіцяти допомогти.

Лікар є особистістю і питання професійної придатності до медичної діяльності також є актуальним.

Лікарська діяльність належить до важких професій. Людина, яка присвятила себе медицині, безсумнівно, повинна мати до неї покликання. Прагнення надати допомогу іншій людині завжди вважалося корисною та цінною якістю особистості і мало бути виховане з дитинства. Тільки тоді, коли ці властивості особистості стають потребою, можна вважати, що у людини є головні передумови успішного оволодіння медичною професією. Не випадково відомий письменник і лікар В. В. Вересаєв писав, що навчитися лікарському мистецтву неможливо, точно так само, як і мистецтву сценічному чи поезії. Можна бути хорошим медиком-теоретиком, але у практичному відношенні із хворими бути неспроможним.

Гуманізм лікаря. Пацієнт, який звертається в медичну установу, насамперед має право очікувати від лікаря щирого бажання допомогти йому і переконаний, що іншим лікар не може бути. Він наділяє лікаря найкращими якостями, властивими людям взагалі. Можна подумати, що перша людина, яка надала

медичну допомогу своєму ближньому, зробила це з почуття жалю, прагнення допомогти в нещасті, бажаючи полегшити його біль, інакше кажучи, з почуття гуманності. Навряд чи треба доводити, що саме гуманність завжди була особливістю медицини і лікаря — її головного представника.

Гуманізм, почуття обов'язку, витримка і володіння собою у стосунках з пацієнтами, совісність завжди вважалися головними характеристиками хорошого лікаря. Вперше ці морально-етичні та моральні норми лікарської професії були сформульовані лікарем і мислителем давнини Гіппократом у його відомій “Клятві”. Звичайно, історичні та соціальні умови, класові і державні інтереси епох, що змінювалися, багаторазово трансформували “Клятву Гіппократа”. Однак і сьогодні вона читається і сприймається як цілком сучасний, повний моральної сили і гуманізму документ.

Лікарська таємниця (конфіденційність). У взаєминах лікаря і пацієнта не останню роль відіграє вміння лікаря зберігати лікарську таємницю. Зазвичай вона містить три види відомостей: про хвороби, інтимне і сімейне життя пацієнта. Лікар — не випадковий володар цих відомостей, потаємних переживань і думок пацієнтів. Вони довіряються йому як людині, від якої розраховують отримати допомогу. Тому розпоряджатися наявними у лікаря відомостями про пацієнта на власний розсуд можна лише в рідкісних випадках. Вимога про нерозголошення лікарської таємниці знімається лише у випадках, коли цього вимагають інтереси суспільства (наприклад, під час загрози поширення небезпечних інфекцій), а також під час запитів судово-слідчих органів.

Загальна та професійна культура. Можна відзначити ще низку загальних і більш приватних рис особистості, які потрібно виховувати у лікаря. Це зокрема висока загальна культура і культура лікарської діяльності, організованість у роботі, любов до порядку, охайність, тобто риси, на які вказував ще Гіппократ. Вимоги до особистості лікаря, його зовнішнього вигляду і поведінки поступово оформилися в спеціальному вченні — медичній деонтології. Остання розглядається як наука про прита-

манне моральному, естетичному та інтелектуальному образу медичного працівника, про те, якими мають бути взаємини між медиками, пацієнтами та їхніми родичами, а також між колегами в медичному середовищі.

Авторитет лікаря. Авторитет пов'язаний насамперед з професіоналізмом, зацікавленістю у результаті та особистою харизмою. Коли лікар через байдужість і негативне ставлення до своєї роботи не в змозі вдумливо, уважно вислухати скарги пацієнта, допускається лікарських помилок або проявляє агресивність і дратівливість, він втрачає довіру до себе як до професіонала та повагу своїх пацієнтів і колег.

Оптимізм лікаря. Пацієнт має відчувати здоровий оптимізм лікаря, а не бажання скоріше закінчити обстеження (“що ви хвилюєтеся даремно, все у вас нормально, можете йти”). І навпаки, під впливом вигорання лікар демонструє цинічне, часто жорстке ставлення, перебільшуючи наслідки, наприклад, несвоєчасної явки до лікарні (часто це відбувається через бажання “покарати” пацієнта за власну емоційну неспроможність).

Чесність і правдивість. Під час тривоги, неспокою і невпевненості, спричинених важкими умовами праці, лікар іноді може втрачати здатність до правдивого і чесного викладу інформації про стан здоров'я людини. Або він може надмірно берегти психіку хворої людини, змушуючи її перебувати в невідомості, або, навпаки, втрачає необхідну міру у подачі діагностичної або лікувальної інформації.

Слово лікаря. Слово робить величезний сугестивний вплив на будь-яку людину, а тим більше слово лікаря для його пацієнта. Професіонал з синдромом емоційного вигорання, що переживає почуття безглуздості, безнадійності і провини, неминуче передасть ці почуття своїм пацієнтам у слові, інтонації, емоційній реакції.

Гуманізм лікаря зумовлений ціннісним і цілісним підходом до іншої людини. Лікар, який втратив зміст своєї психічної реальності, перестає звертатися до цього змісту в інших людях, знецінюючи таким чином як себе, так і їх.

Кожен пацієнт на основі культуральних впливів (уявлень суспільства про лікаря), свого минулого досвіду спілкування з медиками і характеру очікуваної допомоги має певний образ лікаря (еталон, а за Г. С. Абрамовою — “фантом”), який може задовольнити його потреби в допомозі й емоційному спілкуванні. На думку психолога-психотерапевта Ж. Лакана, існує п’ять факторів, що впливають на процес взаємодії лікаря і пацієнта: стать, вік, національність (раса), віросповідання і сексуальна орієнтація. Дослідження показали, що всі ці чинники виявляються значущими, однак більш значущими є особистісні та характерологічні властивості.

Психолог В. А. Ташликов на підставі спеціального дослідження виокремив такі типи образу “ідеального” лікаря з точки зору пацієнта: “співчутливий і недирективний”, “співчутливий і директивний” та “емоційно нейтральний і директивний”.

1. Співчутливий і недирективний: “Добрый, чуйний, терплячий, схильний до глибокого співчуття, що викликає у пацієнта повну довіру і відвертість, здатний усе терпляче вислухати і з розумінням поставитися до найбільш незвичайним скаргам пацієнта”.

У клініці неврозів такому вибору надавали перевагу пацієнти з істероїдними рисами характеру. У таких пацієнтів підвищена потреба в особливому розумінні та визнанні їх оточуючими внаслідок властивого їм егоцентризму.

2. Співчутливий і директивний: “Такому лікареві властиве прагнення проникнути в душу пацієнта, зрозуміти сутність його переживань, але, незважаючи на схильність до співчуття, він діятиме непохитно і зможе змусити пацієнта виконувати його вказівки; своєю чуйністю і водночас непохитністю, строгістю він викликає довіру і повагу”.

Вибір цього типу лікаря властивий особам з тривожно-недовірливими рисами характеру і відображає їх надії позбутися нерішучості за допомогою доброзичливої і сильної особистості лікаря.

3. Емоційно нейтральний і директивний: “Йому властиві тверді переконання, цілеспрямованість, уміння внести ясність

у справу і довести її до певного кінця; щодо пацієнтів він уважний, стриманий; викликає довіру до себе своєю впевненістю, волею і спокоєм, а умінням переконувати і вселяти він сильно впливає на пацієнта”.

Цей образ лікаря більше імпував пацієнтам з неврастенією у зв'язку з їх підвищеною потребою у набутті насамперед такої особистісної якості, як володіння собою.

Стать, вік та інші особистісні якості лікаря. Для більшості пацієнтів ознаки статі і віку лікаря є другорядними порівняно з уявленнями про його особистість. Однак є деяка тенденція до вибору лікаря старшого за віком. Стать лікаря багатьма пацієнтами розглядалася як фактор, який полегшує спілкування (наприклад, під час обговорення деяких інтимних питань свого життя).

Найбільш цінними для пацієнтів виявляються такі (у порядку убутання) особистісні якості лікаря: розум, захопленість роботою, уважність, почуття обов'язку, терплячість, чуйність, інтуїція, серйозність, доброта, почуття гумору.

Для більшості пацієнтів у образі лікаря узагальнюється особистий досвід взаємодії з низкою авторитетних для них осіб в різні періоди життя. Помічено, що пацієнти з рисами деякого психічного інфантилізму частіше відзначають схожість з “ідеальним” лікарем осіб з раннього періоду дитинства (мати, улюблений вчитель), а пацієнти з відносно більшою соціальною зрілістю — з більш пізнього періоду життя (керівник на роботі, колега). Знання і увага медичного працівника до наявного у пацієнта образу “ідеального” лікаря сприяють встановленню кращого психологічного контакту між ними.

Техніки налагодження з пацієнтом певного психологічного контакту, необхідного для успіху того чи іншого терапевтичного втручання, часто називають “техніками приєднання”. Таких технік у професійній психотерапії багато, хоча вміння “відчутти” іншу людину багато в чому залежить від психологічних властивостей самого лікаря, його емпатійності і може бути природним. Технічні прийоми навчання вмінню налагодження психологічного контакту насамперед спрямовані на розвиток і

вдосконалення особистісних емпатійних здібностей у самого лікаря.

Перше враження пацієнта від зустрічі з медичним працівником. Відомий психолог Д. Карнегі у своїй книзі “Як завоювати друзів і впливати на людей” відзначав, що “немає нічого приємнішого для людини, ніж звук її власного імені”, тому ще до першої бесіди з пацієнтом доцільно знати повне його ім'я, оскільки пацієнту завжди буде імпонувати така інформованість медичного працівника.

Якщо є умови і дозволяє стан пацієнта, то першу бесіду з ним краще проводити наодинці, перед якою медичному працівнику обов'язково потрібно подивитися на себе в дзеркало: який я йду. Це необхідно, тому що на обличчі може залишатися міміка від попереднього контакту, наприклад, роздратованість, що може серйозно вплинути на перше враження.

Оскільки контакт з пацієнтом має дві сторони — інформаційну та емоційну, то бесіду добре б почати тоном, яким ми говоримо з давніми знайомими. Добре, коли під час першої зустрічі є можливість не поспішати і дати пацієнту висловитися повністю. Перша бесіда дає змогу оцінити очікування пацієнта про ступінь директивності контакту або, навпаки, партнерства, співпраці. Перша розмова також покаже, чому саме віддається перевага цим пацієнтом, чи це контакт, інформаційні повідомлення, або ж емоційні прояви медичного працівника, що знаходить більший відгук у пацієнта.

Пацієнти, які віддають перевагу емоційному контакту, шукають, у першу чергу, співчуття, людяності і ніколи не пробають ставлення до себе, як до “матеріалу”. Інформацію такі пацієнти сприймають без опору тільки від емоційно приємного співрозмовника. Друга група пацієнтів воліє інформаційного контакту — лише лікар, який показав свої ділові якості, стає гідним їхньої поваги. Таким чином, обидві сторони контакту є необхідними для успішного лікування, але черговість інформування лікаря різна з різними пацієнтами.

Іноді на перше враження впливає порушення дистанцій спілкування (інтимне — до 0,5 м, дружнє — до 2,5 м, ділове —

до 3 м, лекторське — до 7 м). Щоб не порушити дистанцію спілкування, краще запропонувати пацієнтові розташуватися самому, продемонструвавши таким чином, на якій відстані він воліє почати розмову. Якщо лікар сідає просто на ліжко пацієнта, то, крім інших негативних сторін, він порушує дистанцію спілкування і викликає прихований опір з боку пацієнта. Особливо яскраво це виявляється під час першої зустрічі, коли партнери не знайомі. Слід знати і деякі методи “приєднання”. Наприклад, можна доторкнутися під час бесіди до руки, плеча пацієнта, уважно стежачи за його реакцією. Рекомендується також, сідаючи, розташовуватися поруч із пацієнтом, а не через стіл. Критерієм першого враження буде те, як пацієнт проводить лікаря або медичну сестру.

2. Особистість пацієнта та ефективність психологічного контакту з ним

Пацієнт, як правило, має право вибору лікаря відповідно до власних мотивів та цінностей. Лікар обмежений у своєму виборі пацієнта і має бути готовим до спілкування з будь-якою людиною.

Лікар також вибудовує образ “ідеального пацієнта”, вбачаючи в ньому такі характеристики: мала обізнаність у медичних питаннях; віра і відсутність сумнівів у силах та вміннях лікаря, який лікує; готовність беззаперечно виконувати призначення; вміння коротко і чітко викладати проблему і скарги; відсутність іпохондрії. З цього переліку видно, як зазначає психіатр В. Д. Менделевич, що лікар націлений на директивний стиль спілкування. Можливим мотивом вибору лікарем такого способу взаємодії є його переконаність у набагато більшій відповідальності лікаря за результат терапії.

Особистість пацієнта, як і будь-якої іншої людини, характеризується низкою якостей: темпераментом, здібностями, інтелектом, характером та ін. Багато чого з цих характеристик лікаря доводиться враховувати для формування ефективного контакту з пацієнтом. Одна з таких особливостей особистості — це співвідношення в ній якостей екстраверсії та інтроверсії.

Пацієнти-екстраверти повністю звернені у зовнішній світ, у них широке коло знайомств та інтересів, вони ініціативні, імпульсивні, гнучкі. У своїх неприємностях вони частіше звинувачують зовнішні обставини, долю, випадок. Вони схильні до агресії та гніву. Психологічні тести дають можливість легко встановити належність пацієнта до екстравертів. Спілкування з такими пацієнтами доцільно починати з формування емоційного контакту, а встановивши його, переходити до інформаційного.

Протилежний, інтровертивний, тип пацієнтів більше цікавиться не зовнішнім середовищем, а власним внутрішнім світом. Їм ніколи не буває нудно “наодинці з собою”, вони більш замкнуті, схильні до самоаналізу, гірше адаптуються до змін навколишнього середовища. Для таких пацієнтів будь-яке питання щодо їхнього здоров'я має детально розглядатися, інакше у них легко формується тривога. Відповідальність за події свого життя такі пацієнти найчастіше беруть на себе. Темп їхнього мислення нерідко буває повільним, і це змушує лікаря відчувати серйозні труднощі, якщо через брак часу бесіда триває недовго. Контакт з таким пацієнтом важкий, його краще починати з нейтрального, інформаційного. Лише за умов хорошого ділового спілкування у подібних пацієнтів формується позитивне емоційне ставлення до лікаря.

Вагоме значення для встановлення ефективного контакту має обізнаність лікаря в характерологічних особливостях пацієнта, особливо в наявності стійкого надмірного посилення (акцентуації) будь-яких окремих рис характеру. У повсякденному житті акцентуовані риси можуть відігравати подвійну роль у соціальній адаптації: вони одночасно підсилюють особистісну стійкість до одних несприятливих впливів і послаблюють її до інших. Під час психотравмуючих ситуацій така вибіркова вразливість може полегшено приводити до особистісної декомпенсації та невротичного стану. Психологічні тести дають змогу легко виділяти всі основні типи акцентуації характеру.

Методи встановлення психологічного контакту. Майже будь-яка зустріч і розмова лікаря з пацієнтом, навіть якщо вона проводиться тільки з діагностичною метою, має важливе значення для встановлення і підтримки оптимального психологічного контакту. Дуже важливо професійно грамотно і вміло провести з пацієнтом першу зустріч і бесіду, з якої й починається лікувальний процес.

Першу бесіду з пацієнтом слід організовувати і проводити розважливо. Вона має не тільки діагностичне значення, а й є важливою, як психотерапевтичний фактор. Пацієнт повинен побачити уважне ставлення до себе і щире бажання допомогти йому. Ліпше, коли під час першої бесіди немає сторонніх осіб, а іноді й рідних. Тоді лікареві легше встановити контакт з пацієнтом, почати діалог, поставити запитання і стимулювати розповідь про себе.

Дуже важливо вміти вислухати пацієнта і визначити, що для нього є найважливішим. Під час формулювання запитань слід уникати впливів навіювального характеру — сугестивні запитання, вимогливий тон голосу або ігнорування скарг. Звичайно, важко скласти чіткі універсальні правила першої бесіди і взагалі правила поводження з пацієнтом. У кожному конкретному випадку найзручніший спосіб обирається лікарем залежно від стану пацієнта і досвіду лікаря.

Техніки активного слухання. Стрімкий темп життя призвів до того, що ми всі добре говоримо і погано вміємо слухати. Є два види слухання: оціночне або безоціночне. У медичній практиці цінується слухання без оцінки. У будь-якому разі мета лікаря — розговорити пацієнта і отримати максимум інформації. Поза лікаря має демонструвати увагу: підборіддя на руці, легкий нахил голови до пацієнта. Зустріч очей — періодично. Не можна “свердли” пацієнта очима, але під час розмови про інтимні речі відводити очі не слід, це призведе до миттєвої втрати контакту.

Під час активного безоціночного слухання головне — це вміння мовчати, піддакувати, перефразувати повідомлення пацієнта. Обов’язкова умова — зацікавленість. Можна демон-

струвати пацієнту емпатійне розуміння того, що той відчував. Це можуть бути такі стандартні фрази-кліше: “Ви тоді, напевно, засмутилися”, “Скільки ж вам довелося пережити” та ін. Однак не можна перевантажувати бесіду подібними психологічними кліше, тому що надмірне співчуття — це завжди бездушність.

Для того щоб домогтися однакового з пацієнтом розуміння того, що він говорить, можна користуватися методом посилення діалогу, наприклад, фразою “Продовжуйте, будь ласка, це дуже важливо”. Вмінню бачити “гарячі точки” в анамнезі допомагають симптоми напруженості в мові пацієнта і психологічний захист. Напруженість проявляється у зміні темпу мови — появі пауз і слів-паразитів (якщо їх раніше не було), штампів, іронії. На відміну від гумору, що вказує на хороший контроль за ситуацією, іронія здебільшого вказує на психологічне неблагополуччя.

Важливими ознаками психологічного неблагополуччя є прагнення пацієнта ухилитися від відповіді на деякі запитання або відповідати загальними фразами. Крім того, пацієнти із психосоматичними захворюваннями на запитання про свої конфлікти часто також відповідають негативно, щиро вважаючи при цьому, що у них “все нормально”. У промові цієї групи пацієнтів потрібно вміти виявляти елементи психологічного захисту, що вказують на фактичну присутність конфліктної ситуації. Розпізнавання захисної поведінки важливе для подальшого лікування пацієнта. Воно допоможе усвідомити причини захворювання, яке виникло. Все це можна вловити при максимально повному висловлюванні пацієнта, слухаючи його без жодних оцінок.

Потреба в оціночному слуханні є тоді, коли сам пацієнт прагне оцінки. Під час обговорення перебігу хвороби, результатів аналізів медичний працівник щодня стикається з необхідністю оціночного слухання. Його завжди бажано починати з позитивної оцінки. Слід пам’ятати, що засудити психологічно завжди легше, оскільки це підвищує власну самооцінку. Слід пам’ятати про сильний деструктивний компонент осуду

щодо пацієнтів з лабільним або поганим настроєм, тому не варто закінчувати розмову негативною оцінкою того, що стосується пацієнта.

У процесі тривалого або малоефективного спілкування можуть бути застосовані прийоми скорочення діалогу. Психологічне кліше в цьому разі може бути таким: “Уточніть, будь ласка, я не зовсім зрозумів...”, і жест зупинки рукою.

Коли пацієнт помиляється у своїх судженнях, виникає потреба у негайній негативній оцінці. Щоб не втратити при цьому усталений психологічний контакт, можна скористатися прийомами коректного відбою. Психологічне кліше в цьому випадку може бути таким: “Ви, звичайно, можете зі мною не погодитися, але я абсолютно впевнений, що...”.

Зазвичай у пацієнта під час емоційної бесіди можуть з’явитися сльози або спостерігається гнів, агресія. Цього не слід боятися. Такі прояви вказують на “гарячі точки” в анамнезі, які можуть відігравати важливу роль у захворюванні. Підкріпивши ситуацію фармакологічними засобами (можливо, достатньо буде дати валеріани або пустирника), пацієнту все ж слід дати можливість повністю висловитися. Відреагування емоцій зазвичай значно полегшує психологічний стан пацієнта.

Безсловесне спілкування. Інформація, що отримується від пацієнта, сприймається на різних рівнях, оскільки спілкування не вичерпується усними та письмовими повідомленнями, важливу роль у ньому відіграє і невербальна інформація — міміка, жести, інтонації. Ці прояви мають значення тільки в контексті розмови і не несуть ніякого прямого смислового навантаження поза бесідою.

Читаючи жести в діалозі з пацієнтом, ми здійснюємо зворотний зв’язок, розуміючи, як сприйнято те, про що ми говоримо — зі схваленням чи вороже, сумнівається пацієнт або не вірить. Своєрідним попереджувачим сигналом про неблагополучний перебіг бесіди буде поява невідповідності жестів і мови пацієнта. Це буває, коли усне повідомлення пацієнта супроводжується суперечними словами, видимими жестами. Безсловесна інформація в цьому випадку інформативніша і може вка-

зати медичному працівнику, що потрібно змінити свою поведінку з пацієнтом, щоб досягти потрібного результату.

Після встановлення контакту між медичним працівником і пацієнтом процес спілкування сприяє створенню певних форм взаємодії між лікарем і пацієнтом, які стійко зберігаються під час терапії або змінюються на різних її етапах. З точки зору характеру активності лікаря і ступеня участі пацієнта в лікувальному процесі можна виділити дві основні форми їх взаємин: керівництво та співробітництво (партнерство).

Керівництво — медичний працівник займає провідну, активну позицію, а пацієнт залишається порівняно малоактивним. Керівництво становить вираження авторитету і влади фахівця, який всю відповідальність за основні питання в період лікування бере на себе. Нерідко такий лікар наділяється “магічними” якостями, і пацієнти особливо сприйнятливі до його сугестивного впливу. Вони сприймали лікаря як домінуючу силу і були орієнтовані на підпорядкування за типом “лікар знає все, пацієнт — нічого”. Деяким пацієнтам з відносно незрілою особистістю, які мають потребу в керівництві, авторитетних радах, цей тип контакту був необхідний, для них він був ефективний на першому етапі лікування. Недоліком цього типу взаємин є низька активність пацієнта, а нерідко — залежність від лікаря, коли лікування закінчиться. Роз’яснення, поради та рекомендації достатньо обґрунтовані, коли вони стосуються медичного аспекту хвороби і лікування. Проте обґрунтованість їх значно зменшується, коли зачіпаються морально-ціннісні питання. У цих випадках неминуче відбиваються власні ціннісні орієнтації лікаря, які можуть бути іншими, ніж у пацієнта (наприклад, проблеми шлюбу, вибору професії або зміни роботи).

Партнерство — це модель неавторитарного співробітництва і союзу, що припускає активну участь пацієнта в лікувальному процесі, розвиток його самостійності та відповідальності у виборі альтернативних рішень. Співпраця найефективніша у пацієнтів, які самі намагаються протидіяти хворобі. Пацієнт очікує, що лікар буде обговорювати і погоджувати з ним усі вжиті дії, залишаючи право прийняття рішення за пацієнтом. Лікар

уникає давати прямі вказівки, рекомендації, поради щодо реальних життєвих проблем свого пацієнта, оскільки така поведінка може підкріплювати тенденції відходу від ухвалення рішень ним самим.

Якщо на першому етапі лікування лікар обирає стиль “керівництва”, то в подальшому він прагнучим до встановлення співробітництва (партнерства) у спілкуванні з пацієнтом. На різних етапах лікування відносини між пацієнтом і лікарем виконують різні функції.

На першому етапі лікування домінує встановлення взаєморозуміння, узгодження цілей лікування.

На другому етапі лікування виразніше структурується система взаємин між пацієнтом і лікарем, встановлюється стиль рольової поведінки кожного з них і ступінь участі в лікувальному процесі. Лікар використовує взаємини з пацієнтом як лікувальний інструмент (емоційна підтримка, корекція міжособистісного досвіду, конфронтація тощо).

На третьому етапі лікування лікар знижує свою активність, сприяє поглибленню самостійності та незалежності пацієнта.

Найпоширенішим підходом до розуміння взаємин лікаря і пацієнта у вітчизняній медицині є подання про активну позицію лікаря, який, однак, уникає крайностей директивного і недирективного стилів.

В умовах платної медичної допомоги очікування і вимоги пацієнта зростають і деякі параметри описаних моделей взаємин, зокрема відповідальність і директивність, емпатійність і щирість лікаря, піддаються з боку пацієнтів випробуванню. У цих умовах все частіше почали згадувати про так звану “контрактну” (договірну) модель взаємин “лікар–пацієнт”. З одного боку, ця модель відповідає духу приватного підприємництва, ринкових відносин попиту та пропозиції, етиці купівлі-продажу, а з другого — дає змогу структурувати і контролювати лікувальний процес обома учасниками.

Саме поняття контракту здається мало сумісним з мистецтвом лікування, однак структура контрактних взаємин може бути наповнена духовним, творчим, особистісно-інтимним

змістом. За цих умов такому типу взаємин буде прийнятно дати назву “конвенціональної співпраці”. Тут на першому плані — прагнення до узгодження розуміння захворювання, постановка реальних завдань та очікуваного результату, взаємні зобов’язання. Пацієнт, укладаючи контракт, вважає, що він отримує гарантії на кваліфіковану допомогу, її зручність і доступність (чіткий розклад відвідувань, право перервати курс і знайти іншого лікаря). Він очікує, що лікар погоджуватиме з ним найважливіші кроки під час лікування. Одночасно лікар пред’являє до пацієнта вимоги співпрацювати під час терапії, виконувати лікувальні рекомендації та правила, дотримуватися здорового способу життя. Узгоджується все — частота відвідувань, тривалість лікування, передбачувані результати, вартість. У разі невпевненості лікар може запропонувати пацієнту укласти угоду всього на кілька відвідувань, і, якщо є взаємна задоволеність, вона може бути продовжена.

3. Чинники впливу на професійну діяльність медичного працівника

Через специфіку своєї професійної діяльності працівники медичних установ підпадають під вплив різних несприятливих факторів виробничого середовища.

Серед фізичних факторів одне з провідних місць займає іонізуюче випромінювання. Чимале поширення в медицині отримали обладнання та прилади, які генерують неіонізуюче випромінювання, а також ультразвук, використовувані в фізіотерапії, хірургії, офтальмології.

Робота багатьох медиків пов’язана з напруженням зору, тому дотримання вимог щодо режиму і характеру освітлення приміщень та робочих місць персоналу є важливим елементом раціональної організації праці та збереження здоров’я.

Окремі види праці медиків вимагають вимушеної пози, частих нахилів і згинання тулуба, що спричиняє порушення опорно-рухового апарату і м’язово-скелетну недостатність.

Контакт медиків з потенційно небезпечними хімічними речовинами: інгаляційні анестетики в повітрі операційних, реані-

маційних відділень, пологових залів, кабінетів хірургічної стоматології тощо.

Постійний контакт з лікарськими речовинами, серед яких нерідко використовуються біологічно високоактивні медикаменти, що мають не лише сильну терапевтичну, а й побічну алергенну і токсичну дію.

Високе виробниче навантаження, цілодобовий режим роботи з обов'язковими чергуваннями, очікування ускладнень у стані хворих вимагають високої функціональної активності організму і можуть бути класифіковані як провідні патогенні професійні фактори.

Негативні фактори виробничого середовища впливають на розвиток професійних захворювань медпрацівників, але також реальною загрозою для здоров'я персоналу є інфекційні захворювання, безпосередній контакт із зараженими пацієнтами, їх кров'ю та іншими біологічними рідинами.

Велике психологічне навантаження пов'язане з відповідальністю за здоров'я, а часом і життя пацієнтів, спілкування з важкохворими, вмираючими.

Поєднання несприятливих факторів, що впливають на фізичний стан медичного працівника з високими психологічними перевантаженнями, недостатністю якісного відпочинку, величезною відповідальністю та невідповідністю винагороди праці, може призвести до таких важких наслідків, як професійний стрес і хронічна втома, а надалі — до синдрому “емоційного вигорання” і професійних деформацій.

Професійний стрес — різноманітний феномен, що виражається у психічних і соматичних реакціях на напружені ситуації в трудовій діяльності людини. Нині він виділений в окрему рубрику в Міжнародній класифікації захворювань (МКХ-10: Z 73: “стрес, пов'язаний з труднощами управління своїм життям”). У літературі зустрічається також термін “психічне вигорання”, під яким зазвичай розуміють синдром, що виникає внаслідок тривалих професійних стресів.

Проблема професійного стресу у лікарів різних спеціальностей є однією з передових сфер діяльності сучасної медичної

та психологічної науки. Цей факт зумовлений цілою низкою причин як поза-, так і внутрішньонаукового характеру.

Насамперед, інтерес до професійного стресу у лікарів спричинений загальною тенденцією до гуманізації сучасної науки, що знаходить своє відображення в найрізноманітніших галузях — від теорії управління колективами до фундаментальної філософської гносеології та методології науки. Одним із проявів цієї тенденції є привертання уваги дослідників до суб'єкта професійної діяльності, зокрема — до впливу на нього самого характеру цієї діяльності.

Іншою причиною, що зумовила інтерес до цієї проблеми, є посилення вимог до професіоналів різних профілів, що пред'являються темпоритмічними характеристиками сучасного способу життя. Особливо важливими щодо цього є вимоги, пропоновані до представників так званих “допомагаючих професій”, тому від їхнього психофізіологічного стану безпосередньо залежить ефективність їх професійної діяльності, значення якої в сучасному суспільстві важко переоцінити. Зокрема, надзвичайно висока важливість дослідження цієї проблематики в додатку до медичних працівників, адже “ціною помилки” в їхній діяльності нерідко є людське здоров'я, а то й життя.

Найпоширенішою формою прояву професійного стресу у фахівців “допомагаючих професій”, зокрема у лікарів, є так званий “синдром емоційного (психічного) вигорання” — стан фізичного, емоційного і розумового виснаження. Традиційно у структурі клінічних проявів професійного стресу розглядаються три компоненти:

- власне емоційна виснаженість — стан, близький до так званої *anaesthesia dolorosa psychica* (болючої/скорботної психічної нечутливості), що полягає у “сплющенні” емоційного фону з деяким переважанням негативних емоцій у поєднанні з хворобливим відчуттям ускладненості переживання яскравих емоцій (особливість тут порівняно з “традиційною” *anaesthesia dolorosa* в тому, що такий стан суб'єктивно безпосередньо пов'язується з власною роботою);

- цинізм — холодне, бездушне, негуманне ставлення до пацієнта, бачення в ньому не живої людини, а лише “організму”, об’єкта певних дій (у західній літературі цей компонент нерідко іменується “деперсоналізацією”);

- редукція професійних досягнень — знецінення свого професійного досвіду, почуття власної некомпетентності, професійного неуспіху, відсутності перспектив.

Перераховані три компоненти становлять “ядро” майбутнього синдрому емоційного вигорання у лікарів. До них також можуть приєднуватися вельми різноманітні додаткові симптоми. Крім того, існує цілий спектр “маскованих” форм професійного стресу, виявлення яких вимагає вже втручання профільного спеціаліста — психотерапевта чи психолога.

Нерідко у фахівців допомагаючих професій, особливо у лікарів, суб’єктивна картина професійного стресу знаходиться на “периферії” свідомості. Тому першим кроком як профілактики, так і корекції професійного стресу є систематичним чином організований аналіз лікарем системи стресорів, присутніх у його діяльності.

Для аналізу як найхарактернішої для цієї спеціальності комбінації стресогенних факторів, так і її суб’єктивної картини у цього лікаря дуже зручною є така класифікація — стресори розбиваються на три групи за ступенем специфічності для цієї професії:

- неспецифічні стресори;
- загальноспецифічні стресори, властиві для групи суміжних професій (у цьому випадку — для медичних спеціальностей, наприклад, зумовлені емоційним співпереживанням хворому);
- вузькопрофесійні стресори, властиві безпосередньо для цієї спеціальності (наприклад, зумовлені ергономічними прорахунками конструкторів і виробників медичного обладнання).

Інша класифікація стресорів полягає у введеному ще фізіологом Г. Сельє розподіленні факторів стресу на соціальні, психологічні та біологічні.

Відповідно до такої класифікації, наприклад, фізичний дискомфорт, зумовлений згаданими ергономічними прорахунками конструкторів і виробників медичного обладнання, має кваліфікуватися як вузькопрофесійний біологічний фактор стресу в професійній діяльності лікаря.

Так, наприклад, для системи стресорів у діяльності лікарів-хірургів порівняно з лікарями інших спеціальностей властиві такі особливості: висока суб'єктивна значущість соціальних стресорів, тобто конфліктних ситуацій у взаєминах лікаря-хірурга на різних рівнях — від суспільства в цілому (неадекватна винагорода за працю) до конкретної операційної бригади (неоптимальність взаємодії з колегами і середнім медперсоналом), зосередженість на вузькопрофесійних проблемах.

Варто взяти до уваги те, що професійний стрес може протікати не тільки у вигляді своєї “основної клінічної форми” (емоційна виснаженість, цинізм, редукція професійних досягнень), а й у різноманітних маскованих або “конвертованих” (соматизованих) формах.

Типовими з маскованих форм протікання професійного стресу, особливо в особистостей гіперсоціалізованого або неврастенічного типів, є “трудоголізм” — заміщення професійною діяльністю всіх сфер життя. У таких випадках збільшення питомої ваги професійної діяльності порівняно з іншими сферами життя — дозвільної, сімейної, культурної тощо — зумовлено спробами компенсувати недостатню задоволеність результатами своєї праці, що суб'єктивно інтерпретується як наслідок недостатності трудових зусиль.

Крім звичайних форм протікання (“цінічної” і “трудоголічної”), професійний стрес може набирати і соматизованих форм, багато в чому наближаючись у своїх клінічних проявах до “класичних” психосоматичних захворювань. Інакше кажучи, професійний стрес може призводити до функціональних — а в особливо запущених випадках і до органічних — розладів серцево-судинної, травної та дихальної систем, нейродермітів та ін.

У професіях, пов'язаних із взаємодією “людина–людина”, професійна втома — це насамперед втома від іншої людини. Це абсолютно специфічний вид втоми, зумовлений постійним емоційним контактом з великою кількістю людей. Особливо це стосується професії лікаря, оскільки вона висуває високі вимоги до особистості професіонала, зокрема відповідальність за життя і здоров'я іншої людини. Значною мірою появу втоми можуть спричиняти особливості роботи в системі охорони здоров'я (чергування, робота по змінах), надмірно велика кількість пацієнтів.

Психологи Г. С. Абрамова і Ю. А. Юдчіц вважають, що однією з основних причин професійної втоми у лікарів є вимога професії в емоційному відношенні до життя в цілому, що передбачає певне ставлення до лікарської діяльності, мотивацію цього відношення, взаємини з колегами, стиль життя медпрацівника і його проблеми, що не пов'язані з роботою.

“Астенія перевтоми” зазвичай розвивається поступово (протягом шести і більше місяців від початку напруженої роботи), їй передує більш-менш тривалий період вольового зусилля, розумового напруження і продовження роботи в умовах стомлення. Втома знижує працездатність людини і ефективність її праці, що створює постійну психотравмуючу ситуацію у вигляді відчуття працівником власної неспроможності і може призвести навіть до невротичних зривів. Найрозповсюдженішим симптомом астенії є дратівливість. Вона проявляється у підвищеній збудливості, нетерплячості, вразливості та нестриманості. Прояви дратівливості здебільшого мають характер короткочасних спалахів, які нерідко змінюються каєттями, вибаченнями перед оточуючими, відчуттями млявості і втоми. Крім цих основних симптомів особи, які страждають астенією, скаржаться на неувважність, поганий сон, тривожність, нестійкість настрою, головні болі.

У повсякденній свідомості суспільства побутує думка, що стан здоров'я у лікарів кращий, ніж в інших людей. Однак це зовсім не так, особливо це стосується їх психоемоційного, психічного стану. Ставлення лікарів до власного стану здоров'я зустрічається переважно двох видів:

1) заперечує — не звертає уваги на власний психологічний стан, вважає його наслідком простої перевтоми, не звертається по допомогу до фахівців;

2) зневажливе ставлення — недооцінює свою втому; не змінює свій стиль життя, який, як правило, буває несумісний з психологічним здоров'ям.

Трапляються випадки, коли спеціаліст (і не лише лікар) із синдромом хронічної втоми віддає перевагу не тільки недосконалій “самодіагностиці”, а й недосконалій “самотерапії” — надмірностям у вживанні транквілізаторів або спиртних напоїв для зняття “напруження”. Інакше, коли працівник має змогу діагностувати у себе синдром хронічної втоми — проблема може бути вирішена ним самостійно, шляхом зміни типу діяльності, якісного відпочинку, отримання позитивних емоційних вражень.

Втома лікаря негативно позначається на його професійній діяльності і так само на його пацієнтах, наслідки якої можуть бути найрізноманітнішими. Вони можуть проявлятися в нетерплячості і дратівливості — лікар скорочує час прийому кожного пацієнта, прагне якнайшвидше закінчити роботу, що викликає стомлення. У пацієнта при цьому складається враження, що лікар хоче від нього звільнитися, не сприймає серйозність його скарг і загалом ставиться до нього нешанобливо. Продуктивність праці у лікаря знижується і сповільнюється через труднощі концентрації уваги, під час визначення діагнозу і вибору методу лікування, переважанням так званих діагностичних коротких зв'язків типу: “підвищена кислотність + кров у шлунку = виразкова хвороба”. На пацієнта такий лікар справляє враження розсіяного, заклопотаного своїми проблемами, а часто і просто некомпетентного. Неуважність і поспішність можуть призводити до необережних висловлювань з психічною травматизацією пацієнта і навіть до прямих лікарських помилок — необгрунтованого діагнозу та невдало або невідповідно вибраному лікуванню.

Переживання власної професійної неспроможності при наростанні лікарських помилок, труднощі концентрації і сприй-

няття нового матеріалу є причиною травматизації самого лікаря і призводять до почуття невдоволення результатами своєї діяльності. Його стан може посилюватися і виникненням конфліктів як з адміністрацією (через претензії до незадовільної роботи), так і з колегами (внаслідок зумовленого стомленням роздратування), і пацієнтами (через лікарські помилки, відсутність психологічного підходу, некваліфіковані вислови).

З огляду на уявлення про зумовленість синдрому хронічної втоми стилем життя професіонала, психологом-психотерапевтом Е. Б. Боллз було розроблено анкету діагностики і самодіагностики. Її короткі відповіді підібрані таким чином, щоб скласти уявлення про спосіб життя професіонала, певні життєві пріоритети, прагнення задоволення честолюбних задумів. Необхідним є розуміння того, що наведені питання можуть означати дуже багато (якщо використовувати їх вдумливо, беручи до уваги індивідуальні особливості, в комплексі з наглядом і бесідою) і не означати нічого (якщо прийняти їх за діагностичну “чарівну паличку”).

В анкеті зазначено серію відповідей, серед яких необхідно вибрати ту, яка найбільш повно і точно характеризує стан.

1. Через хронічну втому я був змушений припинити свою трудову діяльність і тепер в досить скрутному становищі, оскільки:

- а) не маю вже того авторитету, який заслужив;
- б) у моєї родини немає достатньо коштів;
- в) я був на шляху до успіху, а тепер моє майбутнє невизначене;
- г) я хотів отримати максимальний ефект від кожного дня своєї роботи, а тепер не відчуваю такого бажання;
- д) не можу описати свій стан.

2. Постійна втома руйнує моє сімейне життя, і тепер я в досить скрутному становищі, оскільки:

- а) не маю пошани у дітей (чоловіка, дружини), якої заслуговую;
- б) я вже не відчуваю з членами родини такого близького зв'язку, який був раніше;

- в) я вже не відіграю тієї провідної ролі в родині, якою пишався раніше;
- г) мій стан позначається на бюджеті родини;
- д) не можу описати свій стан.

3. Хронічна втома змінила мій спосіб життя, і тепер я в скрутному становищі, оскільки:

- а) я займався спортом, а тепер не в змозі;
- б) мені довелося відмовитися від своїх улюблених занять (немає ні сил, ні бажання);
- в) мені важко зберігати такий вплив на людей, з якими спілкувався раніше;
- г) не можу часто бувати у своїх друзів;
- д) не можу описати свій стан.

(Відповіді “б” і “г” показують першорядне значення морального задоволення, “а” і “в” підкреслюють пріоритет соціального, суспільного визнання; “д” вказує на відсутність змісту психічної реальності, коли існують значущі фактори життя, що забезпечують ієрархію цінностей).

Перелік симптомів синдрому хронічної втоми (за Боллз): слабкість м'язів, м'язовий біль, болі в суглобах; загальне нездужання, безсоння, забудькуватість, неуважність, нездатність або ускладнення зосередження; пригнічений настрій (депресія).

Специфічні симптоми синдрому хронічної втоми у медпрацівників (за Г. С. Абрамовою, Ю. А. Юдціц):

- дратівливість (спрямована не тільки на пацієнтів, а й на колег);
- скорочення часу прийому пацієнтів вже до середини робочого дня;
- використання у усній і письмовій мові штампів; під час спілкування з колегами вживання великої кількості слів, синонімічних поняттю втома;
- під час виконання роботи, пов'язаної з оформленням документів, карток тощо, використання внутрішньої мови (внутрішнє промовляння фраз), що типово для вирішення розумових завдань в ускладнених умовах.

4. Синдром емоційного вигорання

Синдром емоційного вигорання у медпрацівників. Термін “емоційне вигорання” введено американським психологом Х. Дж. Фрейденбергером у 1974 р. для характеристики психологічного стану здорових людей, які перебувають в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами (пацієнтами) в емоційно перевантаженій атмосфері під час надання професійної допомоги.

Лікарська професія вимагає від професіонала не тільки професійної майстерності, а й великої емоційної самовіддачі. Не випадково ще в XVII ст. голландським лікарем Ван Туль-Псі була запропонована символічна емблема медичної діяльності — палаюча свічка з девізом: “Світлячи іншим, згораю сам”. Слід вважати, що “вигорання” в цьому разі не означає спустошення і зникнення сил — вони постійно поновлюються при отриманні задоволення від своєї справи, усвідомлення свого місця в професії, при підвищенні майстерності та постійному власному особистісному розвитку.

Лікар постійно має справу зі смертю і стражданнями інших людей, і в багатьох інших випадках для лікаря існує проблема “невключення” своїх почуттів у ситуацію, що йому не завжди вдається. Природно, що тільки емоційно зріла, цілісна особистість в змозі вирішувати ці завдання і справлятися з подібними труднощами. Ймовірно, існує індивідуальна межа, межа можливостей нашого емоційного “Я” протистояти виснаженню, протидіяти “вигоранню”, самозберігатися. Синдром “емоційного вигорання” властивий саме для професіоналів, які від початку володіють великим творчим потенціалом, орієнтованих на іншу людину, фанатично відданих своїй справі.

Під час синдрому емоційного вигорання у професіонала настає своєрідне зникнення або деформація емоційних переживань, які є невід’ємною частиною всього нашого життя (Т. В. Форманюк). Його симптоми багато в чому схожі з такими, що виникають при хронічній втомі і складають основний каркас для можливостей подальшої професійної деформації.

Насамперед людина починає помітно відчувати втому і виснаження після активної професійної діяльності, з'являються психосоматичні проблеми, наприклад, коливання артеріального тиску, головні болі, симптоми з боку травної та серцево-судинної систем, безсоння.

Іншою характерною ознакою є виникнення негативного відношення до пацієнтів і негативна налаштованість до виконуваної діяльності. У лікаря зникає бажання до вдосконалення у своїй професії, з'являються тенденції до “прийняття готових форм знання”, дії за шаблоном із звуженням “репертуару” робочих дій, ригідність розумових операцій. Невдоволення собою з почуттям провини і тривожними станами, песимістична налаштованість і депресія часто виявляються зовні у вигляді агресивних тенденцій, як-от гніву і дратівливості, щодо колег та пацієнтів.

Змістовні характеристики синдрому емоційного вигорання Г. С. Абрамова і Ю. А. Юдціц описують через зміну (деформацію) професійних і особистісних якостей (авторитетність, оптимізм та ін.), присутність яких просто необхідна для успішного здійснення професійної діяльності та особистісного зростання лікаря.

Фактори, що призводять до синдрому емоційного вигорання:

- щільний робочий графік (більше 45 годин на тиждень);
- низька підтримка серед колективу і керівництва;
- низька зарплата, що не відповідає докладним зусиллям;
- висока невизначеність щодо оцінювання роботи (один і той самий результат може бути оцінений по-різному залежно від ситуації);
- неможливість впливати на результат роботи (пацієнт може померти незалежно від того, наскільки кваліфікований лікар + безліч факторів, які не залежать від лікаря (зламане застаріле обладнання, відсутність ліків);
- двозначні та суперечливі вимоги до роботи;
- робота під постійною загрозою штрафів, санкцій і звільнення;

- одноманітна монотонна, безперспективна робота;
- необхідність зовнішнього виявлення емоцій, які, найчастіше, не відповідають внутрішньому змісту;
- брак особистого часу та часта необхідність займатися професійною діяльністю та інтересами у вільний від роботи час;
- постійна негативна оцінка праці;
- хаотична організація робочого часу;
- існування нездорової конкуренції на робочому місці.

Найбільше схильні до виникнення синдрому емоційного вигорання емоційні та чуйні люди, які мають високий самоконтроль, високу особистісну відповідальність і високі особистісні стандарти; люди, які мають звичку до придушення негативних емоцій і раціоналізації власної поведінки, схильні до тривожних реакцій, особливо якщо щось не складається, якісь ситуації не відповідають “особистісним стандартам” і запитам оточуючих.

Групи симптомів синдрому емоційного вигорання:

1) фізичні симптоми:

- втома, фізичне стомлення, виснаження;
- зміна ваги;
- недостатній сон, безсоння;
- поганий загальний стан здоров'я, в тому числі за відчуттями;
- ускладнене дихання, задишка, нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння; підвищення артеріального тиску;
- виразки і запальні захворювання шкіри;
- хвороби серцево-судинної системи;

2) емоційні симптоми:

- нестача емоцій;
- песимізм, цинізм і черствість у роботі й особистому житті;
- байдужість, втома;
- відчуття безпорадності та безнадійності;
- агресивність, дратівливість;
- тривога, посилення ірраціонального занепокоєння, нездатність зосередитися;

- депресія, почуття провини;
- істерики, душевні страждання;
- втрата ідеалів, надій або професійних перспектив;
- збільшення деперсоналізації своєї чи інших — люди стають безликими, як манекени;
- переважає почуття самотності;

3) поведінкові симптоми:

- робочий час більше 45 годин на тиждень;
- під час роботи з'являється втома і бажання відпочити;
- байдужість до їжі;
- мале фізичне навантаження;
- виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків;
- нещасні випадки — падіння, травми, аварії та ін.;
- імпульсивна емоційна поведінка;

4) інтелектуальний стан:

- втрата інтересу до нових теорій та ідей у роботі, до альтернативних підходів у вирішенні проблем;
- нудьга, туга, апатія, втрата смаку та інтересу до життя;
- більша перевага надається стандартним шаблонам, рутині, ніж творчому підходу;
- цинізм або байдужість до нововведень;
- мала участь або відмова від неї в розвиваючих експериментах — тренінгах, освіті;
- формальне виконання роботи;

5) соціальні симптоми:

- низька соціальна активність;
- втрата інтересу до дозвілля, захоплень;
- соціальні контакти обмежуються роботою;
- мізерні відносини на роботі і вдома;
- відчуття ізоляції, нерозуміння інших та іншими;
- відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, друзів, колег.

Серед великої кількості ознак синдрому емоційного вигорання медичних працівників слід звернути увагу на такі, як граничне виснаження, відстороненість від пацієнтів, колег і від роботи, відчуття неефективності та недостатності своїх досягнень.

5. Професійні деформації, що виникають у медичних працівників

У професіях, пов'язаних із взаємодією “людина–людина”, вагоме значення має орієнтація на іншого як рівноправного учасника взаємодії. Мабуть, небагато існує професій, де ціннісний підхід до професійної діяльності був би пов'язаний ще із впливом на індивідуальну долю професіонала і долю іншої людини, особливо спроможність до гуманістичної, моральної реакції у професійній діяльності медичного працівника.

Лікарська діяльність дуже різноманітна і не обмежується рамками тільки лікування, як це прийнято вважати в немедичному середовищі. Різноманітність видів лікарської діяльності створює різні способи її здійснення, широке поле діяльності для професіонала, але ставить проблему специфіки впливу різних видів лікарської діяльності на професійну позицію лікаря, його ціннісні орієнтації.

Для того щоб описати вплив професії на психічне життя професіонала введено спеціальне поняття — “професійна деформація”. Вперше її почали описувати в 60-х роках у США (Мічиганський і Каліфорнійський університети) як проблему функціональних можливостей людини. У нашій країні проблему професійної деформації вперше почали вивчати в галузі педагогіки (А. К. Маркова, В. Ф. Моргун). Дослідження показали, що в професіях типу “людина–людина” професійна деформація існує, як і має місце різний рівень підготовки і кваліфікації професіонала, і що має здійснюватися професійний відбір, оскільки існує ідея професійної придатності.

Велику увагу проблемі професійної деформації у медичних працівників приділяли професор Р. Конечний і доктор М. Боухал. Вони вважають, що схильність до професійної деформації спостерігається у певних професіях, представники яких мають важко контрольований вплив на людей. Природно, що лікар володіє таким впливом, оскільки від нього залежить фізичне і душевне здоров'я, і саме життя пацієнта.

Сама по собі професійна деформація розвивається поступово з професійної адаптації, певна стадія якої є природною для медичного працівника. Сильне емоційне сприйняття страждань іншої людини на початку професійної діяльності, як правило, надалі дещо притупляється. Звичайно, для лікаря просто необхідний певний рівень емоційної опірності, але він має зберігати ті якості, які роблять його не просто хорошим професіоналом, а й залишають людиною, здатною до емпатії, поваги до іншої людини, здатною до дотримання норм лікарської етики. Яскравим прикладом професійної деформації є підхід до пацієнта як до об'єкта, носія симптому і синдрому, коли пацієнт сприймається лікарем як “цікавий випадок”.

Г. С. Абрамова і Ю. А. Юдціц розглядають професійну деформацію у вигляді узагальненої моделі, яка включає як соціально зумовлені її причини, так і такі, що зумовлені феноменами індивідуальної свідомості. До соціальних причин вони відносять впливи, пов'язані з необхідністю дотримання лікарем як державним службовцям численних інструкцій, що регламентують його діяльність. Поняттям “інструкція” тут узагальнюються всі форми готового знання (підручники, класифікації хвороб, нормативи та ін.), які задаються нам ззовні, вони не “пропущені” через власний досвід і розуміння. Як тільки професіонал приймає інструкцію за абсолютну істину, всі професійні взаємини деформуються певним чином: лікар може сприймати пацієнта не як цілісну особистість, а як певну сукупність симптомів або об'єкт маніпуляцій.

З другого боку, лікар може увірувати в свою могутність і владу над людиною, прийнявши на віру численні міфи, які поширюються в немедичному середовищі, з приводу можливостей лікаря і сучасної медицини. Зовнішній бік лікування, який здається недосвідченій людині магічним, доступним лише лікарю, породжує “кастовий” характер медичного знання. Так формується ще один фантом професійної діяльності лікаря — відчуття влади над людиною, для якої медична допомога є останнім шансом захиститися від хвороби.

Таким чином, лікар має справу з двома реальностями: живою (фантоми та інструкції) і живою — життям своїм та інших людей. Виникає спокуса їх ототожнення і створення ілюзії простоти. Професіонал починає переживати винятково прості почуття, що виражаються привабливою формулою “я можу”, “я професіонал і краще знаю як... що...”. Внаслідок прийняття фантомів за істину свідомість професіонала також фантомізується — стає статичною, нерухомою. Професіонал завжди знає, “як потрібно”, “що має бути” і “що з цим робити”. Ці фантоми іноді можуть усвідомлюватися лікарем на рівні переживань — у вигляді почуття незадоволеності собою, професією. Однак поки є переживання, можна говорити і про можливість усвідомлення факту професійної деформації та перспектив роботи з ним. Професійна деформація не усвідомлюється в тому разі, коли лікар відмовляється від переживань, тому що вони вимагають зусиль, припускають виявлення почуття до кого-небудь або чого-небудь.

6. Запобігання виникненню явищ професійного вигорання та професійної деформації

Серед наслідків синдрому емоційного вигорання слід виділити такі: погіршується якість виконання роботи, втрачається творчий підхід до вирішення завдань, збільшується число конфліктів на роботі і вдома, прогулів, спостерігається перехід на іншу роботу, зміна професії, зростає кількість професійних помилок. Слід зазначити, що люди, які відчувають вигорання, негативно впливають на своїх колег, оскільки сприяють більшій кількості міжособистісних конфліктів, а також зривають робочі завдання. Таким чином, вигорання може бути “заразним” і поширюватися через неофіційні взаємодії на роботі.

Синдром емоційного вигорання також негативно впливає на особисте життя людей. Це може виникати тому, що після емоційно насиченого дня, проведеного з пацієнтами, людина відчуває потребу піти на деякий час від усіх людей, і це бажання самотності зазвичай реалізується за рахунок сім'ї і друзів.

Синдром емоційного вигорання може ускладнитися депресивним, тривожним розладом, залежностями від психоактивних речовин, психосоматичними захворюваннями, суїцидом.

Профілактичні та лікувальні заходи під час синдрому емоційного вигорання подібні: те, що захищає від розвитку цього синдрому, може бути використано і під час терапії вже розвинутого емоційного вигорання. Під час терапії та профілактики синдрому емоційного вигорання можна використовувати різні підходи: особистісно-орієнтовані методики, спрямовані на поліпшення здібностей особистості протистояти стресу через зміну своєї поведінки, стосунків з оточуючими; заходи, спрямовані на зміну робочого оточення (попередження несприятливих обставин).

Насамперед слід усвідомити проблему, взявши адекватну відповідальність на себе за свою роботу, свій професійний результат, за свої рішення, дії, зміну поведінки. Пацієнт, який страждає від емоційного вигорання в процесі терапії, має брати активну участь і співпрацювати з лікарем або психологом.

Пацієнтам необхідно надати повну інформацію про синдром емоційного вигорання: основні клінічні прояви, закономірності перебігу, фактори, що сприяють появі синдрому; про стресовий процес і його стадії; про загальний адаптаційний синдром (1 — реакції тривоги, 2 — стадія резистентності, 3 — стадія виснаження); про фізичні симптоми, що спостерігаються при цьому, та про заходи з управління стресом.

На початкових стадіях синдрому слід забезпечити хороший, повноцінний відпочинок з повною ізоляцією від роботи, допомогу психотерапевта, психолога.

Пацієнтам можна дати такі рекомендації щодо заходів, що перешкоджає розвитку синдрому емоційного вигорання і підвищують стресостійкість організму:

1. Регулярний відпочинок, баланс “робота–дозвілля”. Вигорання посилюється кожного разу, коли кордони між роботою і домівкою починають стиратися і робота займає велику частину

життя. Необхідно мати вільні вечори і вихідні (не брати роботу додому).

2. Регулярні фізичні вправи (як мінімум 3 рази на тиждень, щонайменше по 30 хвилин). Пацієнту слід пояснити необхідність фізичних вправ як шляху виходу енергії, що накопичується внаслідок стресу. Потрібно шукати такі види активності, які подобатимуться пацієнту (прогулянки, біг, танці, велосипед, робота в саду, на дачній ділянці тощо), інакше вони будуть сприйматися як рутинні і уникатися.

3. Адекватний сон, як найважливіший фактор, який редукує стрес. У пацієнтів треба з'ясувати, скільки вони зазвичай сплять і скільки їм потрібно часу, щоб прокидатися відпочилими (від 5 до 10 год, в середньому — 7–8 год). Якщо спостерігається недостатня тривалість сну, можна порекомендувати лягати на 30–60 хвилин раніше і проконтролювати результат через кілька днів. Сон вважається хорошим, коли люди прокидаються відпочилими, відчують себе енергійними вдень і легко прокидаються вранці, коли дзвонить будильник.

4. Необхідно створити та підтримувати “здорове робоче оточення”, коли планується черговість, терміновість виконання справ, управління своїм часом. Організація своєї роботи: часті короткі перерви у роботі (наприклад, по 5 хвилин щогодини), які більш ефективні, ніж рідкісні і тривалі. На роботу краще приготувати легкий сніданок, ніж бути голодним весь день і переїдати вечорами. Невеликі фізичні вправи корисні для користувачів комп'ютера. Кілька глибоких вдихів з повільним видихом можуть протидіяти негайній стресовій реакції або панічній атаці. Бажано скоротити споживання кофеїну (кава, чай, шоколад, кола), який є стимулятором, що збільшує ймовірність розвитку стресової реакції. Приблизно через три тижні після поступового скорочення споживання кофеїну більшість пацієнтів відзначають зниження тривоги і занепокоєння, печії і м'язових болів.

5. Роз'яснення необхідності делегувати відповідальність (розподіляти відповідальність за результат діяльності з клієнтами, учнями, пацієнтами). Вироблення вміння говорити “ні”.

Ті люди, які дотримуються позиції “щоб щось було зроблено добре, треба робити це самому”, безпосередньо йдуть до “вигорання”.

6. Наявність хобі (спорт, культура, природа). Пацієнту потрібно роз’яснити необхідність наявності інтересів поза роботою, що дасть змогу зняти напруження, що виникає на роботі. Бажано, щоб хобі давало можливість розслабитися, відпочити (наприклад, живопис, а не автогонки).

7. Активна професійна позиція, взяття відповідальності на себе за свою роботу, свій професійний результат, за свої рішення, дії, зміна поведінки. Дії щодо зміни стресогенної ситуації.

У роботі з пацієнтами під час індивідуальної чи групової терапії можна дотримуватися таких напрямів.

Тренінг комунікативних навичок. Навчання навичкам ефективного міжособистісного спілкування. Виявлення і розширення значущих для пацієнта міжособистісних зв’язків (сім’я, друзі, колеги).

Позитивний погляд на речі. Пацієнту потрібно допомогти усвідомити, що існує багато варіантів інтерпретації певної ситуації. Відповідь на запитання “Стакан наполовину порожній чи наполовину повний?” залежить від погляду на речі: в оптимістів стакан повний, хоч і наполовину, в песимістів — порожній. Разом з пацієнтом можна переглянути стресогенну ситуацію і знайти позитивні моменти. Це не змінить ситуації, але дасть змогу по-іншому дивитися на речі.

Фрустраційна профілактика (зменшення помилкових очікувань). Якщо очікування реалістичні, ситуація більш передбачувана і краще керована. Свідомий вибір професії, обізнаність про труднощі, пов’язані з нею, реальна оцінка своїх власних можливостей може допомогти уникнути “вигорання” або істотно призупинити його розвиток.

Тренінг впевненості в собі. Люди, схильні до синдрому емоційного вигорання, зазвичай мають занижену самооцінку, боязкі, тривожні, невпевнені в собі. Можна використовувати методику “чарівний магазин”. Пацієнту пропонується уявити, що він знаходиться в чарівному магазині, в якому може при-

дбати будь-яку відсутню в нього особистісну рису: приміряти її на собі, взяти її собі.

Навчання технікам релаксації. Можливе використання таких технік:

- прогресивна м'язова релаксація (метод Джекобсона). Вправи легко освоюються в групах або самостійно. Основною метою методу є досягнення довільного розслаблення м'язів у спокої. Сеанси тривають до 30 хвилин;
- трансцендентальна медитація, під якою розуміють штучно створену ситуацію, в якій людина спеціально зайнята самовдосконаленням своїх розумових процесів або якихось психічних особливостей, розмірковуючи над ним створеними штучними обставинами;
- аутогенне тренування (метод Шульца) – самонавіювання в стані релаксації або гіпнотичного трансу;
- довільне самонавіювання (метод Куе) дає змогу придушити хворобливі, шкідливі за своїми наслідками уявлення і замінити їх корисними і добродійними. Може використовуватися для редукції стресу перед важливими зустрічами.

Проведення дебрифінгу (обговорення) після критичної події. Обговорення припускає можливість висловити свої думки, почуття, асоціації, спричинені якою-небудь серйозною подією. Такий метод широко використовується за кордоном. Через обговорення після травматичних впливів професіонали позбавляються від затяжного почуття провини, неадекватних і неефективних реакцій і можуть продовжити роботу (наприклад, чергування).

Релігійність також розглядається низкою дослідників як профілактичний чинник, що перешкоджає розвитку синдрому емоційного вигорання. Релігійність асоціюється з довгожителством і позитивним впливом на профілактику наркоманії, алкоголізму, суїцидальних думок, рівня депресії, розлучення та конфлікти у родині.

Проведення спеціальних програм серед груп ризику (наприклад, балінтовських груп для лікарів). Балінтовські групи

вперше було організовано в Лондоні в середині 50-х років ХХ ст. психотерапевтом Міхаелем Балінтом як тренінгові семінари для лікарів загальної практики. На відміну від традиційного клінічного розбору або консиліуму, у роботі балінтовської групи акцентується увага не на клінічному аналізі ведення цього пацієнта, а на різних особливостях взаємин лікаря з пацієнтом, на реакціях, труднощах, невдачах, які лікарі самі виносять на обговорення (аналогічною може бути група медичних сестер та інших.) Група, чисельністю 8–12 чоловік, зустрічається кілька разів на місяць (тривалість зустрічі — 1,5–2 години) протягом декількох років. Ведучими таких семінарів є психологи чи психіатри (1–2 людини). Стиль ведення занять — недирективний. На групових заняттях можна поділитися своїми думками і почуттями, які надійшли в голову фантазіями, що не мають, на перший погляд, ніякого раціонального зв'язку з предметом викладу. Увага акцентується на емоційних міжособистісних впливах. Заняття в балінтовських групах дають змогу учасникам прояснити стереотипи дій, що перешкоджають вирішенню проблем, встановлювати ефективніші взаємини з партнерами. У групу краще не долучати учасників, які були на роботі в прямому підпорядкуванні. У роботі семінару можуть використовуватися рольові ігри, елементи психодрами, тренінг сенситивності, прийоми емпатичного слухання, невербальної комунікації та інші методи.

Метод освіти з навчання особистості справлятися з труднощами на робочому місці широко розповсюдився у світі. Проте незважаючи на те, що люди можуть навчитися новим шляхам виходу зі стресових ситуацій, вони не можуть застосувати отримані навички в робочому оточенні, тому що їхня робота вимагає поведінки специфічним шляхом, організаційна процедура обумовлює час і місце, в якому проходить більша частина роботи. Співробітники розподілені згідно з робочими функціями, а не особистісною сумісністю. Керівникам потрібно роз'яснити їхню ключову роль у запобіганні розвитку синдрому емоційного вигорання серед своїх підлеглих.

Під час терапії вже розвиненого синдрому емоційного вигорання можна використовувати такі підходи:

1. Психотерапія (когнітивно-біхевіористські, релаксаційні техніки, недирективна, інтегративна психотерапія).

2. Фармакологічне лікування згідно з симптомами, тобто антидепресанти, транквілізатори, β -адреноблокатори, снодійні засоби, препарати нейрометаболічної дії.

3. Реорганізація робочого оточення.

4. Комбінація змін у робочому оточенні з реабілітацією і перенавчанням.

Транквілізатори (анксиолітики) бензодіазепінової (діазепам, альпразолам, лоразепам, феназепам, медазепам тощо) і небензодіазепінової структури (гідроксізін, мепробамат, оксілідін тощо) призначаються при тривожних станах, нервовому напруженні, соматоформних розладах. Транквілізатори слід призначати в мінімально ефективних дозах, найкоротшим курсом або переривчасто, відмінати поступово, оскільки великий ризик розвитку залежності. Пацієнтів необхідно попередити про можливі побічні ефекти (труднощі концентрації уваги, зниження швидкості рухових реакцій тощо).

Снодійні засоби (гіпнотики) також можуть використовуватися при порушеннях сну в структурі синдрому емоційного вигорання. Сюди належать препарати з різних фармакологічних груп, зокрема транквілізатори, небензодіазепінові гіпнотики (золпідем, зопіклон, клометіазол та ін.). Перед тим як призначати гіпнотики, слід встановити і по можливості усунути причини безсоння. Це може бути зловживання тонізуючими напоями (чай, кава), алкоголем, звичка спати вдень, фізичні незручності (біль, свербіж, порушення дихання, зміна часового поясу тощо). Гіпнотики слід призначати тільки в тих випадках, коли безсоння призводить до значного дистресу.

Для того щоб зменшити ризик розвитку залежності, рекомендується застосування переривчастих курсів зі зміною препаратів, контроль за прийнятою пацієнтом дозою.

Бета-адреноблокатори (обзідан, індерал, тразікор, пропранолол) зменшують вегетативні прояви тривоги. Вони можуть

використовуватися для короткочасного полегшення стану в певних ситуаціях, що спричиняють страх (наприклад, перед публічним виступом, іспитом, прийомом до начальника тощо). У таких випадках β -адреноблокатори використовуються одно-разово за 30–60 хвилин до події, яка спричиняє тривогу. Однак вони не усувають сутність проблеми і при тривалому застосуванні можуть спостерігатися серйозні побічні ефекти (порушення серцевої провідності та ін.).

Антидепресанти різних хімічних груп (трициклічні антидепресанти (амітриптилін, іміпрамін, мапротилін та ін.), інгібітори моноамінооксидази (моклобемід, пірліндол), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (пароксетин, сертралін, флувоксетин), рослинного походження (геларіум тощо) використовуються при наявності депресії в структурі синдрому емоційного вигорання. Лікування має проводитися в режимі оптимальних доз протягом, як мінімум, 2–3 тижнів до розвитку тимоаналептичного ефекту, а після купірування депресивної симптоматики — не менше 4–6 місяців. Вибір антидепресанту залежить від специфіки клінічної картини депресії. Трициклічні антидепресанти слід призначати тільки при виражених явищах депресії з тенденцією до пролонгування хворобливого стану. Призначення антидепресантів краще поєднувати з психотерапією.

Зважаючи на астеничні прояви в структурі синдрому емоційного вигорання, доцільно також використовувати препарати, що стимулюють нейрометаболічні процеси (ноотропи, церебропротектори, адаптогени і засоби, що мають цереброваскулярні властивості), здатні активізувати метаболізм і енергетичні процеси в клітинах головного мозку. Можна використовувати такі препарати, як пірацетам, піритинол, гамма-аміномасляна кислота, церебролізин, елеутерокок, танакан, когітум (ацетіламіноянтарна кислота) та ін.

На жаль, спостерігається стрімкий розвиток синдрому емоційного вигорання, стійке негативне ставлення до роботи, клієнтів, пацієнтів, колег. Прояви особистісної відстороненості досить стійкі до терапії. У таких випадках потрібно змінити

місце роботи, перейти на адміністративний вид діяльності, знайти роботу, не пов'язану з людьми. Завдання лікаря при цьому полягає в необхідності пояснити пацієнтові, що зміна професії призведе до значного поліпшення самопочуття й підвищення працездатності.

Контрольні та орієнтовні запитання для самостійного опрацювання

1. Психологічна сутність професійної моралі та поведінки медичного працівника.
2. Основні принципи медичної етики і деонтології.
3. Взаємозв'язок клінічної медицини, медичної психології та етики, деонтології.
4. Чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника.
5. Психофізіологічні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника (вік, стать, рівень освіти, релігійність).
6. Медико-психологічні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника (тривала робота в установах певного профілю).
7. Психосоціальні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника (стиль управління колективом, соціально-психологічний клімат колективу).
8. Організаційні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника.
9. Соціально-економічні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника.
10. Взаємозв'язок соціально-економічних, організаційних, медико-психологічних, психосоціальних чинників у психології медичної праці.
11. Особливості медичної діяльності на сучасному етапі розвитку медичної галузі.
12. Психологічні особливості особистості медичного працівника як передумова виникнення професійних деформацій.

13. Основні поняття про стрес, стресогенні чинники.
14. Визначення і дослідження негативних психологічних чинників медичної діяльності.
15. Методи оцінювання та самоконтролю діяльності лікаря і психолога.
16. Синдром професійного “вигорання” як наслідок дії некерованого стресу.
17. Стадії синдрому професійного “вигорання” за В. В. Бойко.
18. Стадії синдрому професійного “вигорання” за К. Маслач і С. Джексон.
19. Психологічні зміни особистості медичного працівника у процесі розвитку синдрому професійного “вигорання”.
20. Психодіагностика синдрому професійного “вигорання”.
21. Рівень мотивації медичного фахівця та його вплив на діяльність.
22. Методи підвищення самооцінки медичного персоналу.
23. Вплив потенційних перспектив професійного зростання на діяльність медичного персоналу.
24. Чинник позитивної оцінки діяльності як метод підвищення самооцінки медичного персоналу.
25. Чинник підвищення кваліфікації медичного персоналу.
26. Чинник відповідальності за діяльність, та свобода прийняття рішень персоналу.
27. Чинники мотивування до діяльності медичного працівника.
28. Делегування повноважень нижчим ланкам як чинники мотивування до діяльності.
29. Стигматизація лікаря, психолога, медичного працівника.
30. Кримінальна, судова, громадянська відповідальність медичного працівника (лікаря, психолога).
31. Відповідальність медичного працівника під час розв’язання питань експертизи, встановлення діагнозу.
32. Вплив відносин “лікар–пацієнт” на медичних працівників.
33. Особливості праці медичного працівника в різних галузях медицини.

34. Особливості психологічного підходу до лікувального процесу різних медичних спеціальностей.
35. Взаємодія лікаря і психолога.
36. Вплив професійної діяльності різного фаху на особистість медичного працівника.
37. Професійна “шкідливість” в установах різного профілю.
38. Зміни особистості внаслідок тривалої роботи в медичних закладах різного профілю.
39. Механізми психологічного захисту, що призводять до появи компенсаторних рис.
40. Явище “десенсибілізації” фахівця до переживань пацієнта (емоційного зачерствіння).

Рекомендована література

1. *Блейхер В. М.* Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — К.: Здоров'я, 1986. — 280 с.
2. *Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психологической диагностике / Отв. ред. С. Б. Крымский. — К.: Наук. думка, 1989. — 200 с.
3. *Лукашевич Н. П.* Психология труда / Н. П. Лукашевич, И. В. Сингаевская, Е. И. Бондарчук. — К.: МАУП, 1997. — 104 с.
4. *Малишева К. О.* Синдром емоційного вигорання психолога-консультанта: психологічні чинники, профілактика та корекція: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — К., 2003.
5. *Ткачук В. Г.* Психофизиология труда / В. Г. Ткачук, В. Е. Хапко. — К.: МАУП, 1999. — 72 с.
6. *Юрьева Л. Н.* Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Н. Юрьева. — К.: Сфера, 2004. — 272 с.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ III

Специфіка роботи медичного працівника у медичних установах різного профілю

1. Взаємодія лікаря та пацієнта

Важливим чинником, що визначає форми взаємодії лікаря і пацієнта, є характер захворювання.

Керівництво як модель повністю домінуючої позиції лікаря включає багато варіантів. У випадку, наприклад, коматозного стану і при виході з нього або під час операції пацієнт абсолютно безпорадний і пасивний, всю відповідальність лікар за таких умов бере на себе, лікування здійснюється без активної свідомої участі пацієнта. Якщо ж захворювання протікає гостро (інфекції, травми тощо), але зі збереженням свідомості, то пасивність пацієнта вже не має абсолютного характеру. Лікар обговорює з ним низку питань лікування, дає поради щодо поведінки в цій ситуації.

Інша форма взаємодії лікаря і пацієнта — співпраця (партнерство) — також може мати різні варіанти, залежно від характеру захворювання, методів лікування. Ця форма взаємодії особливо важлива під час хронічного перебігу захворювання, негострих психічних розладів або в період інтенсивних реабілітаційних заходів, тобто в тих випадках, коли є необхідною співучасть пацієнта в лікувальному процесі.

Техніки переконання. З необхідністю переконувати пацієнта доводиться стикатися щодня, особливо якщо взяти до уваги, що близько половини пацієнтів, згідно з даними зарубіжної статистики, не виконують призначення лікаря. Тому для багатьох пацієнтів виписаний рецепт або рекомендація лікаря є не більше, ніж інформацією для роздумів. Прямі по-

ради (виїхати з певного міста, піти з цієї роботи та ін.), як правило, призводять до сильного опору пацієнта. Цікаво, що явний опір (коли пацієнт чесно відмовляється виконувати поради лікаря) є зазвичай не таким сильним, як прихований (коли на словах пацієнт обіцяє все зробити і нічого не виконує фактично).

Краще прямих порад працюють непрямі методи переконання. Психологічне кліше: “Я б на вашому місці, можливо, зробив би так...”. Ефект непрямого навіювання пов’язаний з тим, що воно зумовлює мінімальний опір пацієнта. Однак значуща інформація має надходити від значущої людини. Якщо контакт з пацієнтом формальний, то краще підшукати референта з оточення пацієнта (друга, родича), який за порадою лікаря донесе до пацієнта цю необхідну інформацію. Швидко та ефективно може допомогти знайти референта в оточенні пацієнта “Колірний тест відносин” (А. М. Еткінд).

У літературі наведено низку конкретних методів (технік) переконання:

1. Метод вибору. Пацієнту слід описати всі “за” і “проти” (наприклад, позитивні і негативні сторони його життя після якої-небудь операції), максимально допомогти йому зробити самостійний остаточний вибір.

2. Метод сократівського діалогу (метод семи “так”). Лікарю слід підготувати 7 запитань, на які пацієнт відповідь ствердно. Останнім буде те твердження, в якому необхідно переконати пацієнта. Негнучкі пацієнти за інерцією відповідають “так” і на останнє запитання.

3. Метод авторитету. Психологічне кліше: “Консультант вважає, що...”.

4. Метод виклику. Психологічне кліше: “Якщо ви не зможете кинути палити, я вас зрозумію, оскільки впоратися з цим може тільки дуже вольова людина”. Переконати жінок цим методом майже неможливо.

5. Метод дефіциту. Певна група пацієнтів вважає, що дефіцитна процедура апріорно вважається дієвою. Створивши пацієнту ситуацію дефіциту (наприклад, черги на консультацію

або дослідження), вдається без психологічних втрат перейти через необхідність самої процедури. Метод краще працює у процесі переконання жінок.

6. Метод проєкції очікування. Психологічне кліше: “Ви, як розумна людина, звичайно, погодитесь зі мною, що...”.

Зазначені техніки прямого переконання “працюють” набагато краще під час разової зустрічі з пацієнтом, а під час тривалого і тісного контакту більшого значення набуває емпатійна щирість лікаря.

Суперечка і конфлікт. Суперечки потрібні і в медицині, і в житті. У суперечках ми стаємо розумнішими і логічнішими. Знання, яке доноситься пацієнту під час бесіди — лише інформація до роздумів. Знання, отримане під час суперечки, стає переконанням. Суперечка — боротьба, і перемагає той, хто краще озброєний. Однак лікарю слід пам’ятати, що потрібно розрізняти два види суперечок. Є суперечки конструктивні (реалістичні, предметні), коли пацієнт у пошуках істини заповнює свій дефіцит інформації, і конфліктні, софістичні (нереалістичні, безпредметні), де не істина важлива, а перемога будь-якою ціною.

У першу групу суперечок з пацієнтом лікарю вступати можна і потрібно. У другу — лікаря, як правило, втягують примусово. Останню конфліктну суперечку треба розпізнавати відразу: адже вона теж виряджається в пошуках істини. Ознаки конфліктної суперечки такі: небажання і невміння слухати опонента, монолог, а не діалог; перехід з істини на дискредитацію особистості опонента; упередженість; емоційна агресія; демонстрація своєї значущості; осуд, особливо загального характеру, що є неусвідомленим прагненням підвищити свою самооцінку. Цей тип конфліктів нерідко зумовлюється упередженим ставленням пацієнта до медичної служби в цілому або до окремого лікаря.

Як діяти медичному працівнику, втягнутому в конфліктну суперечку?

По-перше, повністю дати можливість висловитися опоненту, щоб він міг скинути агресію.

По-друге, доброзичливо і некатегорично спробувати локалізувати суперечку. Психологічне кліше: “Невже ви навіть цього не знаєте” або “Як ви, звичайно, знаєте...”.

По-третє, не виявляти антипатії і не ігнорувати розум опонента. Можливо, він побачив щось важливе, з цим неодмінно треба погодитися. Психологічне кліше: “Можливо, я в чомусь помиляюся, давайте разом розберемося...”.

Головне в суперечці — дізнатися про мотиви опонента, навіть якщо він задумав цю конфліктну суперечку. Це може бути прагненням до самоствердження, до влади, виходом роздратування або підвищенням своєї самооцінки за допомогою когось. Мотиви можуть не усвідомлюватися, їх позначення словами призводить до потужного протесту, агресії, однак саме ці мотиви вкрай важливі для профілактики майбутніх конфліктних суперечок, зокрема для зняття з лікаря звинувачень по суті спору.

Бесіда. Загальна структура. Особливості бесіди, її структура залежать від поставлених завдань, особистості і досвіду лікаря, характеру захворювання та етапу лікування. Однак можна виділити деякі загальні елементи структури і послідовності кожної бесіди. Акценти на тому чи іншому елементі бесіди можуть бути різними залежно від характеру хвороби та її етапів, методів лікування і особистості пацієнта.

Першим її елементом є встановлення психологічної атмосфери довіри і відвертості в спілкуванні терапевта з пацієнтом. З цієї точки зору помилковим є надмірне “випитування” пацієнта під час анамнезу. Як правило, така понаднаполегливість лікаря спричиняє опір, підозру і замкнутість пацієнта. Бажано починати діалог з уточнення анкетних даних у стилі взаємного знайомства, а не допиту. Це дасть змогу з перших хвилин задати необхідний тон спілкуванню і швидко, психологічно, взаємно адаптуватися.

У процесі бесіди лікарю слід проявляти терпимість до людських слабостей і категорично уникати ролі мораліста. Явно висловлювана лікарем моральна оцінка негативних вчинків пацієнта неминуче несе в собі елемент осуду, що ускладнює контакт і спонукає пацієнта на приховування деяких епізодів

життя, які, можливо, істотні для розуміння причини хвороби. Це, звичайно, не означає, що лікар схвалює негативні вчинки пацієнта, але він приймає його таким, яким він є. Основне завдання лікаря — лікування, і кожен пацієнт, незалежно від його особистісних особливостей, має право на максимально можливу медичну допомогу.

Зовнішній вигляд лікаря, поведінка, поза, вираз обличчя — все має демонструвати хворому щире зацікавлення бесідою і участь у проблемах пацієнта. Не слід, однак, забувати про те, що діалог з пацієнтом — це не порожня розмова, а досить напружена робота як лікаря, так і пацієнта. Тому слід уникати й іншої крайності — вислуховування нецілеспрямованого “вилитву” пацієнта. Необхідно вміло управляти перебігом бесіди з пацієнтом, й ініціатива у спілкуванні має належати лікарю.

Другим елементом бесіди є надання пацієнту необхідної і зрозумілої інформації щодо хвороби та лікування. Під час бесіди не слід вживати спеціальну медичну термінологію. Незважаючи на очевидність цього положення, студенти старших курсів і молоді лікарі регулярно його порушують. Ймовірно, це зумовлено характером навчання, необхідністю освоєння професійної мови. Число термінів, якими має оволодіти студент-медик, за обсягом еквівалентне вивченню трьох іноземних мов. Засвоїти такий обсяг інформації можна лише постійно використовуючи її. Всі студенти і початківці-лікарі спочатку відчують серйозні труднощі під час спілкування з пацієнтом, який про своє захворювання розповідає побутовою мовою і здатний сприймати тільки позбавлені медичної термінології питання. Крім того, не слід забувати, що зрозумілі для пацієнта роз'яснення, його просвітництво сприяють посиленню віри пацієнта в лікаря як досвідченого фахівця.

Третім елементом бесіди є обговорення з пацієнтом динаміки проявів хвороби та перебігу лікування. Важливо узгодити з пацієнтом поетапне виконання лікувальних завдань, міри і форми участі самого пацієнта в лікувальному процесі. Лікар активно підтримує адекватну етапу хвороби поведінку пацієнта і стримує небажані поведінкові реакції.

Четвертим елементом бесіди може бути обговорення якої-небудь проблеми пацієнта, пов'язаної з життєвою ситуацією, міжособистісним або внутрішньо-особистісним його конфліктом. Інтерпретація обговорюваної проблеми у випадках неврозів або іншої психогенної патології направляється на усвідомлення пацієнтом зв'язків між особливостями конфлікту, порушеною системою його відносин, патогенною ситуацією і функціональними хворобливими розладами.

П'ятою, заключною частиною бесіди, є підбиття підсумків. У кожній бесіді важливо точним формулюванням визначити досягнуте і намітити подальші завдання лікування. Не слід забувати і підкреслювати відповідну участь самого пацієнта у процесі лікування.

Формуючи спілкування з пацієнтом, доцільно розуміти, що найкраще засвоюється кінець бесіди, гірше — початок і зовсім погано — середина бесіди. Емоційне напруження в кінці бесіди наближає її до навіювання в стані неспання. Після першої ж розмови пацієнту необхідно хоча б приблизно знати свою лікувальну перспективу і мати надію. Якщо неможливо дати надію, то потрібно поставити мету, внаслідок чого пацієнт буде активним учасником свого одужання.

Пізнавальний аспект бесіди. Лікар — найважливіше джерело відомостей, необхідних для пацієнта, особливо на першому етапі лікування, вже при першій їхній зустрічі. Ці відомості стосуються характеру хвороби, прогнозу її перебігу, методів лікування і перспектив одужання. Для лікаря важливо знати особливості власної “концепції” пацієнта про хворобу, його уявлень про її причини, виявлення у нього почуття загрози до життя і емоційного стресу щодо захворювання, вплив хвороби на соціальну ситуацію (“масштаб переживання” пацієнта). З огляду на ці дані та особливості особистості пацієнта, лікар, ґрунтуючись уточненим діагнозом, передає пацієнтові своє розуміння хвороби і обговорює з ним методи лікування. Усунення дефіциту інформації — найважливіший аспект будь-якої бесіди. Мистецтво полягає в тому, кому і скільки сказати. При цьому ніколи не слід давати пацієнту підстав викрити лікаря в обмані.

Відомо, наскільки складно повідомити діагноз хворому з важким захворюванням, пояснити його сутність та прогноз. Пацієнт зазвичай знає або здогадується про справжню природу захворювання, однак не уточнюючі пояснення лікаря підтримують у нього механізми психологічного захисту по типу “заперечення”, які і створюють подвійну позицію в уявленнях пацієнта про діагноз і тим самим зберігають надію на можливість успішного результату.

Основна умова, якої слід дотримуватись, повідомляючи діагноз, — обізнаність того, що хоче і чого боїться почути пацієнт. Головна вимога під час повідомлення діагнозу і прогнозу — це гуманне ставлення до почуттів пацієнта і його рідних.

Ніколи не слід обманювати, краще недоговорити, ніж обдурити. Варто підбирати слова, які підбадьорюватимуть і водночас не даватимуть приводу пацієнту і його рідним говорити, що лікар їх обдурив або помилився.

Прогнозування в медицині — завжди складне завдання. Здебільшого те, що уявляється пацієнту і його рідним безпечним, насправді таким не є. Важливо вміти так відповідати на запитання про прогноз, щоб уникнути ятрогенного впливу.

Повідомляючи прогноз, особливо якщо він несприятливий, потрібно бути економним у словах. Не варто вдаватися у подробиці і вживати спеціальні терміни. Там, де це можливо, доречно повідомити приблизні терміни у змінах перебігу хвороби на краще. Докладніше слід описувати ліки, порядок їх прийому, які вони на вигляд і смак, і як діяти після прийому препаратів.

Особливу роль відіграє пояснення лікаря у разі онкологічного захворювання. Здебільшого немає необхідності відкрито говорити хворому про наявність у нього злоякісної пухлини. Більш розгорнуту інформацію про хворобу слід надавати тоді, коли пацієнт недооцінює ступінь ризику і відмовляється від операції або іншого виду лікування, а також в особливих ситуаціях, пов'язаних з юридичним оформленням передачі у спадок майнових чи інших прав пацієнта. Онкологічні хворі потребують диференційованої лікарської тактики у спілкуванні та емо-

ційного контакту з урахуванням динаміки “масштабу переживань” пацієнта з приводу свого стану.

Емоційний аспект бесіди і самоконтроль медичного працівника. Пацієнт потребує не тільки роз’яснень, а й певного емоційного спілкування з лікарем. Хворому важливо бачити в лікарів не тільки досвідченого фахівця, а й людину, яка зрозуміє переживання, пов’язані з хворобою і його життєвою ситуацією.

Оснoву такого контакту між лікарем і пацієнтом становить довіра. Звичайно, йдеться про довіру пацієнта до лікаря, і сама ситуація хвороби та її лікування сприяє його підвищенню. Однак важливе значення має і певний рівень довіри лікаря до свого пацієнта. Останнє є істотним чинником, що визначає характер емоційної дистанції між терапевтом і пацієнтом. У цьому разі слід розрізняти жалість (“мені шкода вас”), симпатію (“я співчуваю вам”) і емпатію (“я з вами”). Емпатійний підхід необхідний лікарю, насамперед, як людське ставлення до пацієнта, саме він сприяє поглибленню довірливого контакту.

Розмовляючи з пацієнтом і спостерігаючи за ним, лікар нерідко акцентує увагу лише на його реакціях і поведінці, і значно рідше — на власних почуттях і поведінці. Лікарю слід пам’ятати, що сутність міжособистісного спілкування полягає в постійній дії “зворотного зв’язку”. Лікарю необхідно підтримувати в собі певний емоційний самоконтроль, щоб зберегти доброзичливість навіть під час дратівливості, неадекватних реакцій і неадекватних установках пацієнта. Приховуване або недостатньо усвідомлюване лікарем негативне ставлення до пацієнта призводить до погіршення контакту, оскільки пацієнт вловлює невербальне виявлення емоцій (міміка, жести, інтонації голосу) і тим самим отримує уявлення про справжнє ставлення лікаря до нього.

Невербальна поведінка лікаря особливо загострено сприймається недовірливими пацієнтами. Вони здебільшого більше вірять виразу обличчя лікаря, ніж його словами, і це іноді може бути джерелом непорозуміння. Стосовно таких пацієнтів досить важливим є переконливість і впевненість у роз’ясненні всіх питань і сумнівів пацієнта. Лікар також має розуміти, що

його власні почуття і відносини можуть через порушення взаємин з пацієнтом впливати на правильність клінічного аналізу пацієнтів.

2. Взаємодія медичної сестри та пацієнта

Від медсестер, які повертаються з роботи з лікарні чи поліклініки, часто можна чути скарги на втому: “Так багато сьогодні було роботи!”, “Я так втомилася!” Справді, робота ця нелегка, а часом і надмірна, від неї неважко і втомитися. Якщо пильніше придивитися до такого важкого робочого дня медсестри, то ми побачимо, що вони припадають на такі періоди, коли в лікарні чи поліклініці особливо багато “важких” пацієнтів, працювати з якими, звичайно, зовсім непросто. Часто можна спостерігати, що втома і дратівливість спричиняються не кількістю виконаної роботи, а тим емоційним навантаженням, зіткненнями, суперечками, необхідністю постійно тримати себе в руках (“Скільки разів доводиться змовчати, проковтнути образу...”), якими супроводжується ця робота.

Після такого важкого робочого дня медсестра нерідко ще й отримує догану, оскільки пацієнти скаржилися на неї. Проте вона “зробила все можливе”, і зовні це насправді так.

Старанна медсестра, справді, робить все можливе, проте у відділенні нерідко виникають суперечки, образи, напруженість. В амбулаторних установах великою проблемою для медсестер і лікарів може бути нетерплячість, неспокій пацієнтів під час очікування прийому. У чому ж причина всіх цих труднощів?

Насамперед зупинимося на ролі контакту між медсестрою і пацієнтами.

З розвитком медичної науки постійно розвивається і зростає роль медсестри, значення її діяльності. Нині для догляду за пацієнтом вона має володіти все більш складними медичними, психологічними, природничо-технічними знаннями та навичками, і, звичайно, навичками спілкування.

З яких ниток створюється зв'язок з пацієнтом? Рано чи пізно хвора людина звертається по допомогу до лікаря. Прагнення подолати хворобу, повернути здоров'я, рівновагу нерозрив-

но пов'язане у нього з людьми, які покликані допомогти йому в цьому, які лікують його — лікарі, медсестри. Таким чином, сама ситуація, коли життю пацієнта загрожує небезпека, є умовою, що сприяє формуванню тісного зв'язку, належного контакту між пацієнтом і медичним персоналом. Під час різних обставин, роботи лікаря, медсестри, занять з пацієнтом створюються найрізноманітніші емоційні зв'язки, виникненню яких сприяє і саме середовище медичної установи. Підготовка пацієнта, поради, спрямування його поведінки, дій під час хвороби позитивно впливають на нього. Зв'язок між медсестрою і пацієнтом є складовою частиною тих зв'язків, які необхідні в будь-якій медичній установі і виникають у процесі медичної діяльності між лікарем, медсестрою і пацієнтом. Основна діяльність з лікування проводиться в межах зв'язку між пацієнтом і лікарем, що впливає і на роботу медсестри. Якщо між лікарем і пацієнтом налагоджено хороший контакт, то і робота медсестри стає набагато легшою. Звичайно, для цього необхідно, щоб співпраця лікаря і медсестри була не формальною, а ґрунтувалася на глибокій гармонії. Якщо атмосфера в медичному закладі здорова, пацієнти справді почувають себе членами великої родини, то люди, які так багато роблять для них, стають дуже близькими. У таких медичних установах нерідко можна чути про воістину батьківську турботу лікаря, про материнську любов і доброту сестер. Серед медсестер чимало таких, про які й самі пацієнти говорять не інакше, як про “матерів”. Нерідко любов пацієнтів до медсестри закінчується обожнюванням, у ній бачать ідеал, гідний наслідування. Можна навести не один приклад того, як під впливом улюбленої медсестри жінки обирали надалі цю благородну професію.

Сумлінна робота медсестри на належному професійному рівні не тільки підвищує впевненість хворого в одужанні, а й об'єктивно йому сприяє. Практично просто неможливо провести різкої межі між фізичним доглядом за пацієнтом і психологічним впливом на нього під час цієї роботи. Метод, за допомогою якого сестра задовольняє фізичні потреби пацієнта, тобто стиль її роботи — місток до сприятливих психічних впливів,

ефективного лікування. Найбільш точно процес цього переходу можна схарактеризувати, провівши аналогію з діяльністю матері, яка дбайливо доглядає за своєю дитиною, зі зв'язком, що виникає між ними. Турбота і увага життєво важливі і фізично, і психічно, ці дві сфери впливу нероздільні. Фізично чи психічно хвора людина, яка прагне позбутися хвороби, одужати, чекає допомоги, підтримки, турботи. Ці очікування, властиві людині в будь-якій життєвій ситуації, особливо гостро виявляються під час хвороби. Незадоволеність їх часто виражається в підвищеній чутливості, вразливості пацієнтів. З пацієнтом, який відчуває себе втраченим, чужим у стінах такої звичної для нас лікарні, потрібно встановити контакт, найважливішим методом встановлення якого є вміння вислухати хворого. Оволодіти мистецтвом слухати — справа надзвичайно важлива і цінна. Пацієнт говорить, сестра мовчить і слухає — вона має навчитися слухати з цікавістю, відповідно реагуючи на почуте. Вона має зручно розташуватися, по можливості, ближче до пацієнта, допомогти йому розповісти про свої турботи, неспокій, побоювання. У таких випадках допомагає навіть те, як сестра сидить під час розповіді, наскільки природно вона поводиться. Відіграють роль і вміло, вчасно поставлені запитання, і схвальний кивок головою, і продовження незакінчених висловів, а в потрібний момент і постановка таких запитань, звернення вже до таких проблем, які нас цікавлять. Все це допомагає пізнати внутрішній світ пацієнта, послабити його напруженість. Пацієнт виливає душу, і це приносить йому полегшення. Існує безліч дрібних прийомів доцільної поведінки, які можуть бути корисними у процесі занять з пацієнтами.

1. Можна повторити окремі вислови, сказані пацієнтом, але в питальній формі: “Значить, чоловік заподіяв вам таку біль?” або “Це через нього ви хочете виписатися завчасно?”.

2. За допомогою запитань можна з'ясувати і саму проблему: “Якщо ви повернетесь додому завчасно, то все буде гаразд?”.

3. До тих пір, поки сестра не уявить сутність проблеми (поки вона не розмовляла з цього приводу з лікарем), їй краще мовчки вислухати пацієнта, не висловлюючи свої думки.

4. Можна поставити запитання, порушивши проблеми, близькі до тієї, що найбільше хвилює пацієнта, і таким чином допомогти йому вирішити хвилююче питання: “Що в такому разі буде з дитьми?”

5. Незакінченим висловом можна підвести пацієнта до висновку, змусивши його закінчити думку: “Отже, коли ви підете додому, то...”.

6. Під час бесіди можуть бути розкриті і ті почуття, які становлять коло проблем: “Це занепокоєння і нетерпіння і роблять неможливим моє перебування в лікарні”.

7. Можуть бути поставлені запитання порушеної проблеми, висунуто нові теми для обговорення, які сприяють активізації пацієнта, “розв’язують” йому мову, від легших запитань дозволяють перейти і до складніших проблем. Можна почати бесіду, наприклад, з питань виховання дітей, ведення домашнього господарства тощо.

Все це, звичайно, технічні прийоми, використання яких залежить від освіченості, інтелігентності сестри, від місцевих звичаїв і можливостей.

Однак у кожному разі найважливішим і найціннішим є вислуховування пацієнта. Якщо бесіда з хворим проходить належним чином, він заспокоюється, внутрішня напруженість його слабшає. Під час такої бесіди можна виявити, що пацієнта турбують страхи, тривога, відчуття невпевненості та ін. Однією з найважливіших завдань в галузі психології роботи з пацієнтом є розсіювання страхів, неспокою пацієнтів, а якщо це не вдається повністю, то хоча б деяке їх заспокоєння.

Нерідко, вислуховуючи пацієнта, медсестрі не уникнути розмов з якихось інших приводів. Згадані методи і поведінка полегшують можливість того, щоб говорив пацієнт, а не сестра, сприяючи цьому завдяки своїй цікавості щодо захворювання, про яке він завжди хоче знати і говорити. Звідси, однак, вже випливають і перші труднощі. Пацієнт запитусь: “Чим я хворію?”. Це запитання може бути поставлене у різній формі: “Чому я маю приймати ці ліки?”, “Скільки триватиме біль?”, “Що буде, якщо...?”. Медсестра, яка має достатній досвід, знає,

як реагувати на такі запитання, як відповісти на них зустрічними запитаннями, а головне, як відповісти на них, якою мірою задовольнити цікавість пацієнта, знає, коли направити його з питаннями до лікаря і де та доцільна межа, коли сестра повинна сказати: “На це вам краще відповідь лікар”. Більше труднощів зазвичай спричиняє обговорення особистих справ і “проблем”. Нерідко пацієнти за кілька хвилин встигають розповісти про все своє життя, підкріпивши розповідь фотографіями дітей та онуків (“випадково” опинилися в них). Таких самих відвертих повідомлень вони чекають від медсестри і навіть від лікаря (“Одружений?”, “Діти є?”, “Скільки років дитині”, “Чому розлучився?” тощо). Телефонні дзвінки, розмови особистого характеру, особисті прохання, які просять передати медсестрі, — все це пробуджує ще більшу цікавість до її особистого життя. І, незважаючи на все це, слід пам’ятати, що сімейні, особисті справи сестри не належать до сфери догляду за пацієнтами. Вона має вислуховувати будь-які розповіді і повідомлення пацієнтів, але її особисті проблеми (наприклад, невірний чоловік тощо) лише заважають їх одужанню і налагодженню нормальних контактів з ними. Проте поведінка сестер, спрямована на уникнення непотрібних запитань, не повинна бути різкою, відштовхуючою. Бесіди на безневинні буденні теми допустимі. Так, наприклад, медсестра, яка повернулася з відпустки, спокійно може з великою користю вдатися до розповіді про улюблене місто, свої нові враження, про події, що відбулися під час відпочинку (але не особистих!). Це допомагає послабити емоційну напруженість пацієнта.

Чималу роль з точки зору встановлення контактів з пацієнтами відіграє і врахування всіх форм поведінки, всіх проявів і повідомлень пацієнта. З огляду на зазначене, найпростішою формою спілкування з пацієнтом є розмова, бесіда. Поряд із змістом її велике значення має тон, мелодійність мови, наголоси та ін. Жести, міміка, різні форми поведінки можуть стати засобами виявлення найрізноманітніших емоцій. Відомо, що комунікація між людьми багатощарова, її динаміка заснована на тисячі різних почуттів і проявів. Невидимий емоційний зв’язок

існує і між медсестрою, і пацієнтом. Важливо виявити його, простежити за його змінами. Нерідко пацієнти “читають” по нашим посмішкам, виразу обличчя, голосу.

Зв’язок, контакт медсестри з хворим не можна сприймати як якусь незмінну постійну. Це процес, що змінюється насамперед у часі, процес, на який можуть впливати різні фактори, який формуватися і складатися може по-різному. Саме в його лабільності і полягає можливість втрутитися в його перебіг, який можна змінити в сприятливому напрямку.

Щодо контакту між сестрою і пацієнтом — крім особистості пацієнта і емоційного контакту, що пов’язує його з сестрою, — слід приділити особливу увагу і особистості медсестри. У повсякденній практиці можна зустріти чимало відмінних медсестер, які володіють чудовими даними і професійними навичками. Однак, незважаючи на це, кожній сестрі необхідно ретельно пізнати саму себе, особливості своєї особистості, щоб знати, який стиль її роботи і як впливає вона на пацієнтів. Кожна медсестра має пройти довгий і нелегкий шлях самопізнання і самовиховання, перш ніж дійти до повної свідомості цього. У формуванні індивідуального стилю роботи чималу допомогу можуть надати групі співбесіди, обговорення проблем, зауваження досвідченіших сестер чи лікаря. Будь-яка робота формує не тільки професійні знання, а й особистість в цілому. Хоча медсестрі і не доводиться займатися психотерапевтичною роботою, вся її поведінка має бути строго продуманою і цілеспрямованою. Відомості з загальної психології та психології роботи з пацієнтами мають бути складовою частиною особистісних особливостей медсестер (як кажуть, були б у них в крові), а не залишатися лише теоретичними, абстрактними відомостями і знаннями. Хороша медсестра відчуває постійну необхідність, потребу у поповненні своїх знань, розвитку своєї особистості.

Зарубіжні дослідники в галузі медичної психології описали деякі типи медсестер. Розглянемо феноменологічні типології, зупинившись на найбільш характерних і розповсюджених типах. Звичайно, такий огляд слугує, передусім, цілям загальної орієнтації, тут зовсім не йдеться про закінчені форми. Зазначе-

не якраз і вказує на широкі можливості розвитку, виховання людей, які люблять свою професію і вважають її покликанням.

Типи медсестер та їхня характеристика

1. Сестра-рутинер — найрозповсюдженіший тип медсестер, який дійшов до нас з минулого. Найхарактернішою особливістю сестер цього типу є механічне виконання своїх обов'язків. Доручені завдання такі сестри виконують скрупульозно, з незвичайною ретельністю, часто виявляючи небачену спритність і вміння, проте саме догляду і не вистачає. Такі сестри працюють автоматично, немов машини, безособово, не співпереживаючи і не співчуваючи хворим. Вони роблять все, випускаючи з уваги самого пацієнта. Сестри саме цього типу припускаються абсурдних помилок, наприклад, вони можуть розбудити пацієнта, щоб дати йому прописане лікарем снодійне.

2. Тип сестри, “яка грає завчену роль”, заслуговує особливої уваги. Такі медсестри працюють, свідомо граючи певну роль, прагнучи наслідувати когось, уособлюючи певний ідеал (з їхньої точки зору). Якщо ж така поведінка переходить допустимі межі, зникає безпосередність, а з'являється нещирість. Наслідуючи ідеалу людяності, така сестра може раптом почати грати роль благодійниці, часто виявляючи неабиякі артистичні здібності у виконанні цієї ролі. Її поведінка стає штучною, показною — все це може перешкодити формуванню належного контакту між нею і пацієнтом. Саме від таких сестер нерідко можна почути: “Даремно я йому навіювала...”, “Тодинами намагалася переконати — і ось тобі...”.

3. Тип “нервової” сестри, про особливість якого можна говорити лише в тому разі, якщо нервозність проявляється в роботі. Емоційно лабільна особистість медсестри, схильна до невротичних реакцій, може стати серйозною перешкодою в роботі з пацієнтами. Результатом такої напруженості можуть бути грубість, дратівливість, запальність, що шкідливо впливатиме на пацієнтів. Не раз серед ні в чому не винних пацієнтів можна бачити похмуру, скривджену медсестру. Тривожність у таких сестер може навіть набирати форми іпохондрії. Зазвичай

у таких випадках ми зустрічаємося з острахом інфекцій, раку. В інших випадках невроз сестер може проявитися під час занять з пацієнтами або у відмові від виконання різних завдань: “підняття вантажів”, “лікарняна метушня” не під силу їй. (Не раз можна чути такі заяви: “Ноги у мене не тримають”). Такі сестри здебільшого просто не виходять на роботу, пояснюючи це такими соматичними скаргами, як “печінкова коліка”, “засмічення шлунка”, “застида”, “грип без температури” тощо.

Серйознішу проблему становить психопатія. Виражені імпульсивність та агресивність вже вимагають втручання і допомоги психіатра, психотерапевта або — в серйозніших випадках — навіть відсторонення від роботи. Саме цьому типу сестер найчастіше загрожує і небезпека токсикоманічної поведінки.

4. Тип сестри з чоловікоподібною, сильною особистістю. Цей тип сестер досить широко відомий у медичній практиці. Пацієнти вже здалеку за ходою визначають таких сестер, зустрічаючи їх появу словами: “Іде гренадер!”. Цей тип знайомий і по широковідомій постаті старшої сестри з популярних англійських кінокомедій, що розповідають про лікарняне життя: там цю сестру відрізняє наполегливість, рішучість, обурення з приводу найменшого безладу. У сприятливих випадках сестри з такою рішучою особистістю можуть стати чудовими організаторами, хорошими педагогами, про яких їхні вихованці зазвичай кажуть: “Вимоглива, але справедлива...” При нестачі культури, освіченості, при більш низькому рівні розвитку особистості сестри цього типу негнучкі, надто прямолінійні, часто брутальні і навіть агресивні з пацієнтами.

5. Досить часто можна зустріти сестер материнського типу, які виконують свою роботу, виявляючи максимальну дбайливість і співчуття до пацієнтів. Нерідко це милі товстушки, які безшумно “перекочуються” по палатах, які встигають всюди й, незважаючи на свою сивину, інколи не поступаються в жвавості і рухливості двадцятирічним. Робота для них — єдина умова існування. Турбота про пацієнтів — життєве покликання. Сюди можна віднести і милу “маму Наталю” та її колеги, які відрізняються високим мистецтвом великої турботи про людей, людя-

ності та любові. До них якнайкраще личить звернення — “мила сестриця”. Постійною турботою про інших, любов’ю до людей пронизане і все їхнє особисте життя.

6. Тип сестер-фахівців, до якого належать сестри, які завдяки якимось особливим здібностям, властивостям особистості отримують спеціальне призначення. Такі медсестри бувають чудовими секретарями, які зазвичай присвячують своє життя виконанню складних технічних завдань, пов’язаних з роботою в спеціальних лабораторіях. Іноді це диваки і фанатики своєї вузької спеціальності, яких ніщо на світі більше не цікавить.

Слід зупинитися і на окремих етапах встановлення відносин між сестрою і хворим у період перебування його в медичному закладі. Розрізняють початковий, розгорнутий і кінцевий етапи.

На початковому етапі відбувається орієнтація: пацієнт і сестра знайомляться один з одним. І хоча пацієнт захоплений своїми проблемами, але в інтересах пристосування до нового середовища він змушений контактувати з оточуючими його особами, брати до уваги звичаї, що склалися в цьому закладі, зважати на його особливості. Сестра і лікар отримують уявлення про поведінку пацієнта під час роботи, виникає зв’язок між ними і пацієнтом. Дізнаються вони і про ставлення пацієнта до своєї хвороби. Не тільки властивості особистості пацієнта мають значення, а й вивчення тих реакцій, які викликає цей хворий у лікаря, медсестри. Колишні враження, упередження, спогади можуть бути причиною оман, спроектовуватись на нового пацієнта. Дуже цікаві спогади сестри і лікаря, пов’язані з тим чи іншим лікарняним ліжком (і, звичайно, з хворими, які побували на ньому). “На цьому самому ліжку лежав...” — виникає почуття повторюваності. Сліди спогадів про колишніх пацієнтів проєктуються на нового хворого, який лежить на тому самому місці в палаті. Спочатку і пацієнту можуть заважати забобони, упередження, спогади, які він проєктує на медичний персонал — на лікарів та сестер.

На розгорнутому етапі лікар і пацієнт знайомляться один з одним, подальша робота вже залежить від контакту, що сфор-

мувався між ними. Змінюється картина хвороби, все, що відбувається з пацієнтом, може викликати появу страху, невпевненості, пов'язаних з цим хворобливих фантазій, іронію, гірку насмішкуватість, прискіпливість. Все це можна послабити або взагалі усунути, виявляючи належну увагу до пацієнта, розмовляючи з ним, вислуховуючи його.

На заключному етапі труднощі зазвичай виникають при виписці з лікарні. Пацієнт стурбований, він боїться залишити стіни, де був надійно захищений від небезпеки. Не раз доводилося чути: “Пацієнт не хоче виписуватися...”. Пацієнта в таких випадках, зазвичай, турбують сумніви: “Що буде зі мною вдома?”, “Чи зможу я дотримуватися дієти?”, “Що буде, якщо...?” тощо. Хворого слід належним чином підготувати до виписки. Неодноразові заняття, бесіди про все те, що його турбує, що викликає побоювання і страхи у зв'язку з випискою, сприяють усуненню тих труднощів, які нерідко пов'язані з випискою з лікарні.

Особистість медсестри, стиль її поведінки з пацієнтами, володіння технікою психологічної роботи з ними — все це, як і у випадку лікаря, саме по собі може мати лікувальну і зцілювальну дію.

Медсестрі доводиться виконувати і завдання з керівної, виховної, просвітницької діяльності. Прийом пацієнта в медичному закладі, знайомство з розпорядком життя лікарні, повідомлення йому відомостей, необхідних на час його перебування тут, дотримання приписів лікаря — все це виконується через сестру, з її допомогою. Лікар не має можливості по кілька разів пояснювати пацієнту одне і те саме. Його представником і “послом” серед пацієнтів є медсестра, яка “перекладає” пацієнтам все, що було ними неправильно зрозуміло, взагалі незрозуміло або не так сприйнято, як слід. Для медсестри найважливіше — вміння бачити, що і як зрозумів хворий.

Пацієнт, перебуваючи в лікарні, може багато чого дізнатися про неправильний спосіб свого життя, сама хвороба вимагає від нього по-новому поводитися, пристосовуватися до нових умов. Сестра, сприяючи здійсненню цього нового, здорового,

способу життя на практиці, сприяючи втіленню в життя правил фізичної і психічної гігієни, допомагає пацієнту в його подальшому розвитку. Ця робота може бути ефективною за умови, що вона добре знає своїх пацієнтів, адже необхідно знати, кому, що і як можна пояснити. Погляди і думки сестри мають відповідати загальному духу, який панує у відділенні, його загальній атмосфері. Помилки, допущені медсестрою, недоліки її особистості, зіткнення з колегами і пацієнтами дуже заважають роботі.

3. Особливості контакту з пацієнтами в терапевтичній клініці

Форми взаємодії лікаря і пацієнта при лікуванні соматичних захворювань різні в гострий період і у фазі одужання. У гострий період лікар має бути досить активним при виявленні та вирішенні всіх питань, що турбують пацієнта, оскільки в цей період пацієнт стурбований своїм станом, він тривожний і нерішучий. Лікаря слід бути особливо обережним у висловлюваннях, оскільки хворий з загостреною увагою сприймає кожне його слово. Цілковито обґрунтованим на першому етапі є підпорядкування пацієнта вказівкам лікаря. Однак збереження такої пасивної позиції пацієнта на наступних етапах лікування є небажаним і може сприяти посиленню його соціальної непристосованості. До моменту виписки і на етапах амбулаторного лікування відносини “лікар–пацієнт” повинні набувати характеру співробітництва.

Під час лікування психосоматичних захворювань у процесі взаємодії лікаря і пацієнта питома вага психотерапевтичних заходів наростає. При “ситуаційних” (первинно психогенних) психосоматичних реакціях слід звернути увагу на механізми психологічного захисту. Необхідно намагатися формувати у пацієнта більш адекватні способи його реагування на конфліктні ситуації.

При “особистісному” варіанті психосоматичного реагування лікар використовує різні психотерапевтичні методи з метою корекції порушених установок і поглядів пацієнта на своє соці-

альне оточення, перегляд рівня домагань. При виборі психотерапевтичних методів під час лікування психосоматичних розладів акцентується увага не стільки на хворобу, скільки на особистість пацієнта і його ситуацію, важливе значення надається особливостям взаємин лікаря і пацієнта, їх “психологічної сумісності”.

Різні нозологічні форми захворювань сприяють виявленню деяких специфічних особливостей клінічних проявів психологічних змін. Вони зазвичай зумовлені локалізацією патологічного процесу, тривалістю захворювання, виразністю болювого синдрому та іншими факторами (наприклад, при серцево-судинних захворюваннях має місце феномен, який психіатр Р. Джонсон назвав “соціокультурною символікою серця”, пов’язаний з тим значенням, яке надає людина серцю).

4. Особливості контакту з пацієнтами в хірургічній клініці

Під час оперативного втручання керівництво лікаря має певні переваги. Проте становище істотно змінюється після операції, виникає нова ситуація і нові завдання лікування, які вимагають партнерства, активної участі пацієнта в лікуванні та реабілітації. Елементи співпраці важливо формувати вже в передопераційний період, нерідко в умовах жорсткого ліміту часу. Подолання страху перед операцією досягається хірургом або його сугестивним впливом на пацієнта, або з’ясуванням наявних у пацієнта сумнівів і переконань. Помічено, що легше заспокоїти пацієнтів, коли їхній страх чітко проявляється в поведінці. Значно важче це буває щодо інших пацієнтів — холоднокровних, розважливих, дисциплінованих. У таких пацієнтів страхи можуть проявлятися у вигляді кризів, колапсу, шоку або в несподіваних і незвичайних психопатологічних симптомах. Не слід шкодувати часу на психологічну підготовку таких пацієнтів до операції. На думку психотерапевта І. Харді (1981), психологічна підготовка до операції має проводитися настільки ж ретельно, як і підготовка операційного поля.

5. Особливості контакту з пацієнтами у психіатричній клініці

Під час лікування психічних захворювань тип контакту лікаря з пацієнтами здебільшого визначається особливостями їх психопатології. Незалежно від запропонованих типологій взаємин лікаря і пацієнта в психіатрії, Г. С. Абрамова, К. К. Платонов, П. П. Волков, Ю. А. Юдціц та ін. підкреслюють роль позитивної емоційності лікаря в психотерапевтичному підході у процесі спілкування з душевнохворими, що покращує їх взаємини з оточуючими. Вміння лікаря підтримувати комунікацію є важливою характеристикою.

У літературі описано безліч різних форм недирективної поведінки лікаря у спілкуванні з душевнохворими: відображення, з'ясування, наближення до дійсності та ін. (А. Rogiewicz). Усі вони сприяють більш реалістичній оцінці пацієнтами дійсності. Помічено, що більш емпатійні психіатри досягають кращих успіхів у лікуванні пацієнтів на шизофренію, а психіатри емоційно нейтральніші, які віддають перевагу технічним прийомам, виявляються більш результативними в невротиків. Під час депресій відзначається підвищена потреба пацієнтів у залежності. Директивність, готовність психіатра до майже постійного перебування поруч з пацієнтом, формування позитивного емоційного контакту є часто гарантією збереження життя депресивного пацієнта. У міру зменшення рівня депресії слід поступово зменшувати і залежність пацієнта, переходити від директивності до недирективності у відносинах з ним.

Відображення — повернення пацієнтові його висловлювань (запитань, думок, почуттів), але в іншій формі. Наприклад, пацієнт: “Я можу зараз піти з лікарні?” — Лікар: “Міркуйте самі, чи буде це доцільно і можливо саме зараз”. Або у відповідь на агресивне висловлювання пацієнта: “Я хотів би вбити вас за це”, лікар запитує: “Те, що я говорю, викликає у вас гнів?”. Якщо пацієнт передає важливі думки і почуття, лікар відображає їх, починаючи словами: “Ви вважаєте (відчуваєте), що...”.

Відображення як форма реагування дає можливість пацієнту точніше усвідомити сказане ним самим, схиляє до рефлексії з приводу власних висловлювань і водночас означає, що його висловлювання є серйозними і варті роздумів.

З'ясування (тарифікація) — метод, який визначається як спроба надати чіткий зміст невиразним, неточним висловлювань пацієнта. Лікар уточнює висловлювання пацієнта, починаючи зі слів: “Я зрозумів, що...”, “З вашого висловлювання впливає, що...”. З'ясування в інформаційному плані корисне не тільки лікарю, а й пацієнту.

Наближення до дійсності — це форма реагування лікаря на хибне сприйняття у пацієнтів, маячні ідеї. Лікар повідомляє пацієнту своє бачення світу, не сперечаючись і не заперечуючи його переживань: “Я не бачу в цій кімнаті нікого”, “Я не помітив того, що хтось до вас погано ставиться” тощо. Іноді пропонується оцінювати маячні висловлювання як символічні, що відображають відповідні емоції. Наприклад, пацієнт говорить, що він бог. У відповідь на це лікар відповідає: “Ви хочете сказати, що ви наймудріший, найсильніший і найкращий серед людей”.

6. Особливості контакту з пацієнтами в клініці неврозів

Тільки шокова психічна травма може спричинити невроз у повністю здорової особистості. Звичайні психотравмуючі ситуації мають “повільний” характер і декомпенсують психіку поступово. Ймовірність зриву залежить від багатьох факторів, наприклад, вікового. Існують вікові періоди, коли небезпека зриву більш можлива, це пубертатний, клімактеричний періоди, старіння, а також кризи дорослого віку, що відбуваються зазвичай в 28–30, 40–45, 55–56 років. Лейтмотивом цих криз є невідповідність задуманого і зробленого в житті, переоцінка життєвих цінностей. Також патогенними в цьому плані психічної дезадаптації є ситуації ламання життєвого стереотипу (“бойового хрещення”) — початок трудової діяльності, сімейного життя чи служби в армії тощо, що декомпенсує пацієнта швидше і легше.

Першим етапом дезадаптації психіки є поява “проблемних скарг”. Вони відображають соціальний бік ситуації, пацієнти скаржаться на виробничі конфлікти, сімейні негаразди, але головне — скарг на здоров’я поки що немає. Цей етап має назву ситуаційної оборотної психічної дезадаптації, за яким настає етап патологічної психічної дезадаптації, передхворобливий стосовно неврозу стан. На цьому етапі з’являються перші скарги вже не проблемного, а хворобливого характеру: головний біль, дратівливість та ін. Якщо ситуація не вирішується і хворому не надається допомога, виникає, власне, захворювання — невроз. Тривалістю не більше 2–3 місяців його можна розглядати як невротичну реакцію. Невроз, який триває роками, має назву невротичного розвитку.

Невроз — функціональний розлад центральної нервової системи, причина якого — психотравмуюча ситуація, внаслідок якої порушуються важливі для пацієнта життєві відносини. Астенія і перенапруження вегетативної нервової системи призводять до цілого комплексу вегетативних дисфункцій. Вони проявляються у вигляді скарг на порушення діяльності будь-яких органів, але об’єктивних змін знайти не вдається. Відомо, що до 80 % пацієнтів соматичних клінік виявляють ознаки невротизації різного рівня вираженості.

Взаємини лікаря і пацієнта, хворого на невроз, мають свої особливості залежно від застосовуваних методів лікування. Обираючи методи психотерапії, слід зважати на те, що чим реактивнішим є захворювання, тим легше знімаються його прояви за допомогою симптоматичної психотерапії, зокрема директивно-сугестивних методів. Проте чим глибше змінила хвороба відносини і характер особистості, тим необхіднішою в лікуванні такого пацієнта є патогенетична психотерапія, спрямована на реорганізацію особистості (В. М. М’ясищев).

7. Особливості контакту з пацієнтами в стоматологічній клініці

Історично склалося, що стоматологія споконвічно тяжіє до мануальних і технічних аспектів лікування. Однак все розви-

валося так, що призвело до більш тісного зв'язку із загальною медициною. Значення психології для сучасної професійної діяльності невпинно зростає, що відповідає не тільки технічним, а насамперед етичним і соціальним вимогам, що особливо помітно на прикладі профілактичної стоматології.

Зона рота і губ належить до інтимної зони. Вона безпосередньо пов'язана з почуттями і завантажена позитивними і негативними аспектами. Втручання тут сприймається дуже особистісно і знаходиться під вирішальним впливом особистості стоматолога.

Психологічні дослідження показують, що зуби мають цінність сили, потенції в широкому сенсі, прикраси та краси, що виходить за межі своєї анатомічної структури та організації. Їх символічна цінність, яку можна порівняти з такою, як, наприклад, волосся на голові, є ознакою здоров'я і досконалості, впливає на естетичне сприйняття власної цінності і пов'язане з цим психофізичне самопочуття. Найважливішу роль щодо цього відіграють передні зуби, до того ж не менш важливою є жувальна функція, що локалізується в менш видних зонах, яка отримує меншу увагу, ніж передні зуби.

Психологічною проблемою є і те, що, незважаючи на відносно високу цінність зубів і всебічну санітарно-освітню роботу, яку проводять засоби масової інформації щодо цього, доводиться все ще стимулювати волю до самодисципліни і простих заходів профілактики для збереження здоров'я порожнини рота у більшості пацієнтів.

Відвідування зубного лікаря здебільшого є стресом для пацієнта, пов'язаний з острахом очікування, напруженістю і вегетативною дистонією, а стоматологічна терапія, незважаючи на настільки широкі сучасні можливості аналгезії, все ще сприймається деякими пацієнтами як болюча і навіть агресивна.

Слід також зауважити, що пацієнти зазвичай відвідують стоматолога з деяким почуттям провини, вважаючи, що самі винні у появі своїх страждань. Страх і почуття провини є, ймовірно, найважливішими факторами, що призводять до нехтування регулярними контрольними оглядами у лікаря.

Інструментально зумовлені труднощі вербальної комунікації і фізична близькість до лікаря також зумовлюють почуття беззахисності і безпорадності. Цей страх може проявлятися різними реакціями, наприклад, уникнення лікування або відкладання консультацій, агресії, фізичний опір, кусання.

Перший контакт і перша розмова між стоматологом і пацієнтом можуть бути вирішальними для його подальшої поведінки та перебігу терапії. При цьому лікар має знати, що страх у сучасній психології вже не сприймається як патологічне відхилення функції, а як нормальна, здорова реакція попереджувальної системи. Тому його завдання — спонукати пацієнта визнати свій страх, жити і справлятися з ним. Стоматолог має знати, що хворий нині хоче сприйматись як партнер, оскільки часто не є медично або стоматологічно безграмотним. Пацієнт мимоволі очікує, заходячи до кабінету, емоційного відгуку лікаря, який запропонує йому допомогу і підтримку.

Робота з порожниною рота означає втручання у психологічно особливо чутливу зону. Близький контакт, обличчям до обличчя, може викликати іноді відчуття зондування совісті до самої глибини душі чи нещадного розкриття найпотаємніших почуттів.

Існують групи пацієнтів, які ставлять високі вимоги до психологічної емпатії лікаря — це діти і підлітки з їхньою віковою лабільністю і вразливістю, невротики з їх несвідомими страхами і живими конфліктами, а також літні хворі та інваліди, які покладають додаткові обов'язки на стоматолога, завдяки своїм соціальним і медичним проблемам.

Профілактика стоматологічних захворювань має починатися вже під час вагітності, як санітарно-освітня робота з матерями щодо можливості запобігання псуванню зубів. Настанови батьків з цих питань істотно впливають на відповідну поведінку дитини. Вони особливо схильні до того, щоб проектувати в ситуацію лікування у стоматолога свої особисті проблеми і страхи. Діти більшою мірою сприймають стоматологічне лікування як конфліктну ситуацію, в яку вони залучені проти своєї волі і якою вони не можуть чинити опір безкарно. Дитина

бачить себе перед проблемою, яка не має задовільного вирішення.

Розташування зубів у дітей має велике значення, оскільки конструкції, що впадають в очі, можуть викликати почуття власної неповноцінності. Крім того, тепер не викликають сумніву факти, що вказують на психосоматичні аспекти щелепної ортопедії, яка традиційно віддає перевагу технічно орієнтованому лікуванню. Дефекти у формуванні щелепи у дитини можуть спричиняти фактори, пов'язані зі спадковістю, невирішеними особистісними конфліктами і труднощами соціальної адаптації, глибинними ранніми порушеннями між матір'ю та дитиною.

У стоматологічній практиці зустрічається категорія пацієнтів, які скаржаться на болі, неприємні відчуття в зубах, щелепі, на язиці, губах та інших частинах обличчя, причина яких не зрозуміла або об'єктивні зміни не відповідають скаргам пацієнта. Низка пацієнтів скаржиться стоматологу на біль у язиці (глосалгія) і різні порушення типу труднощів рухливості язика (глосодінія). Болі, печіння в язиці турбують пацієнта — вони знімають коронки, просять “спилити гострі кути на зубах”, видалити зуби, які “заважають” під час розмови та їжі. Значна частина таких пацієнтів може страждати замаскованою (ларвірованою) депресією. Власне психічні прояви депресії (пригніченість, “тьмяність” настрою, зниження вітальних функцій) важко помітити навіть досвідченому психіатру, іноді тільки пробне лікування антидепресивними препаратами допомагає поставити правильний діагноз.

Разом із нестабільними, які завжди в пошуках того зубного лікаря, якому вони згодні довіряти, і вимогливими пацієнтами, які категорично наполягають на проведенні певних методів лікування, є ще певний тип важких пацієнтів. Їх усіх відрізняє невротичний страх, що зустрічається в рамках рис особистісних структур. Все це приховано в ранній біографії пацієнта і не може бути знято простими домовленостями.

Пацієнти з переважно істеричною структурою становлять джерело найбільших труднощів. Їхній страх легко переходить в соматичні стани, наприклад, у неприємність. Підвищена су-

гестивність робить їх підлеглими до психологічної допомоги. На них добре діє спокійна, ділова, доброзичлива, проте жорстка позиція стоматолога, якщо вона набирає характеру деякого жалю у поєднанні з теплотою, щирістю і гумором.

Пацієнти з obsесивними рисами здебільшого соромливі, нерішучі, боязкі. Нездатність до самостійного прийняття рішень змушує відкладати візит до зубного лікаря на майбутнє. Виражені симптоми нав'язливостей, як, наприклад, страх забруднення, можуть утруднити стоматологічну роботу, роблячи її нерідко можливою тільки після психотерапевтичного втручання. Зазвичай страх пацієнтів переходить у соматичну сферу у вигляді блідості шкіри, тахікардії. Їм показано контроль серцево-судинної системи.

Пацієнти з депресивною структурою з готовністю слухаються вказівок лікаря, що, однак, не повинно вводити в оману щодо їх обмежених можливостей психічної витривалості. Зуби для них мають підвищений символічний зміст, у зв'язку з чим вони трагічніше, ніж звичайні пацієнти, сприймають їх дефект або втрату, як і всю ситуацію лікування. Вирішальним тут має бути те, що пацієнта слід сприймати як особистість, а не випадок.

Шизоїдні пацієнти, внаслідок порушень раннього психічного розвитку, демонструють недостатній контакт з навколишнім світом. Їх недостатнє "психологічне живлення" в ранньому дитинстві породжує в них базисну недовіру, що призводить до кверулянтської позиції, іпохондрії, ворожості і навіть провокацій до зубного лікаря. Вони становлять найважче інтерперсональне навантаження в стоматологічній практиці. Якщо лікар вистійть, виявляючи спокійне, доброзичливе, емпатичне терпіння і діловитість, пацієнт винагородить його психологічне розуміння вірністю.

Реакції пацієнтів на пошкодження обличчя. Значно важче, ніж травматичну втрату частини тіла, пацієнти переживають ушкодження обличчя. У суспільстві обличчя людини відіграє роль не тільки у справлянні враження на інших людей, а й про самого себе. Обличчя пов'язане з емоційною сферою, і руйнування цього зв'язку призводить до тяжких змін емоцій, самосві-

домості. У людей з ушкодженнями обличчями (опіки) нерідко виникає відраза до себе, вони чутливіші до висловлювань оточуючих, у них розвивається підозрілість, надмірна образливість. У таких хворих можливі тривалі розлади настрою – депресії, нерідкі спроби самогубства, у них часто розвиваються стійкі зміни характеру за типом патологічного розвитку (збудливість, істеричність, підозрілість з переходом у параною). Не слід забувати, що після оперативних втручань на обличчі пацієнта слід спеціально готувати до “першого бачення себе в дзеркалі”.

Контрольні та орієнтовні запитання для самостійного опрацювання

1. Форми організації роботи психолога в медичній установі.
2. Структуроване спілкування в межах роботи підрозділів лікарні.
3. Значення гнучкості керівного персоналу, динамічності форм взаємодії підрозділів медичної установи.
4. Роль середнього та молодшого медичного персоналу в організації роботи медичного закладу.
5. Особливості підготовки медичного працівника: організаційні та науково-методичні аспекти роботи медичного фахівця.
6. Особливості медичної праці в наркологічних відділеннях.
7. Особливості медичної праці в онкологічних відділеннях.
8. Особливості медичної праці у відділеннях лікування ВІЛ і СНІДу.
9. Особливості медичної праці у психоневрологічних відділеннях.
10. Особливості медичної праці в суїцидологічних службах.
11. Особливості медичної праці у відділеннях швидкої та невідкладної допомоги.
12. Особливості медичної праці у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії.
13. Особливості медичної праці у відділеннях реабілітації.
14. Особливості медичної праці у відділеннях терапевтичного профілю.

15. Психологічні аспекти медичної праці сімейного лікаря.
16. Основні напрями роботи психолога з персоналом медичних установ.
17. Роль релігійних та громадських організацій в гуманізації медичної праці.
18. Психофізіологічні наслідки дії шкідливих чинників медичної діяльності.
19. Роль психолога у виробничій адаптації медичних працівників.
20. Психологічні вимоги до емоційно-вольових якостей медичного працівника.
21. Вікові особливості особистості медичного працівника.
22. Професіограма медичного працівника.
23. Профконсультація як система психолого-педагогічного вивчення особистості при виборі професії медичного працівника.
24. Особливості психодіагностичного обстеження при професійному відборі щодо професії медика.

Рекомендована література

1. *Караванов Г.* Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга / Г. Караванов, В. Коршунова. — Л.: Вища шк., 1974. — 84 с.
2. *Бойко В. В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В. В. Бойко. — М.: Наука, 1996. — 142 с.
3. *Блейхер В. М.* Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — К.: Здоров'я, 1986. — 280 с.
4. *Богучарова О. І.* Здоров'я особистості у психологічній перспективі / О. І. Богучарова. — К.: Геопринт, 2004. — 282 с.
5. *Маперс Д.* Социальная психология / Д. Маперс. — СПб.: Питер Ком, 1998.
6. *Хьелл Л.* Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 608 с.
7. *Психология: словарь* / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — М.: Изд-во полит. лит., 1990. — 496 с.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ IV

Охорона праці в медичних установах

1. Медико-психологічний підхід до охорони праці в медичних установах

Проблема збереження і зміцнення здоров'я людини останнім часом набуває дещо специфічного характеру порівняно з попередніми етапами суспільно-економічного розвитку. Нині спостерігаються високі темпи індустріалізації, зміни структури та змісту трудової діяльності, підвищення міграції населення тощо. При цьому темпи і динамічність цього процесу настільки стрімкі, що можна говорити про якісні зміни тих вимог, які пред'являються людині сучасним життям. І хоча ми знаємо, що адаптивні можливості нашого організму надзвичайно широкі, проте людина просто не встигає внутрішньо пристосуватися до тих перетворень, які він виробляє в структурі своєї діяльності. Одним із небажаних наслідків труднощів адаптації є зростання нервово-психічного напруження.

Ефективні програми охорони психічного здоров'я сьогодні мають виразний інтердисциплінарний характер. Поряд з медичними науками — психогігієною та психопрофілактикою — велику роль у їх здійсненні відіграє клінічна, екстремальна та соціальна психологія, сприяючи розвитку психологічних основ психогігієни і психопрофілактики, медична та лікувальна педагогіка, що виникли на перетині педагогіки та медицини. Завдання збереження і зміцнення психічного здоров'я людини багато в чому визначаються подальшим розвитком психотерапії, методи якої все ширше починають використовуватися в психогігієнічній і психопрофілактичній практиці.

Психогігієна — спеціальна дисципліна, яка відповідає за збереження і зміцнення психічного здоров'я людини і нині перебуває на шляху перетворення в самостійну науку зі своїми

завданнями, методами дослідження і впливу. Так само, як це спостерігається під час формування інших суміжних дисциплін, психогігієна у своєму розвитку ґрунтується на суміжних науках: медичні дисципліни, фізіологію, психологію, педагогіку, соціологію та ін.

Більшість авторів вважає, що психогігієна, як і загальна гігієна, є галуззю медицини. Підкреслюється її наближеність до психіатрії, особливо до соціальної психіатрії, психотерапії, соціальної гігієни, загальної, педагогічної, соціальної, інженерної психології, психології праці. В. М. М'ясищев розглядає медичну психологію в якості наукової основи психогігієни так само, як і психопрофілактики. У системі психологічних наук, запропонованої психодіагностом К. К. Платоновим, психогігієна належить до медичної психології.

Більшістю авторів підкреслюється наближеність психогігієни до іншого розділу медицини — психопрофілактики. Одні з них акцентують увагу на профілактичному значенні психогігієнічних заходів лише щодо психічних хвороб, інші — стосовно інших захворювань, насамперед психосоматичних. І це виправдано, якщо зважати на зростаюче значення психічного фактора у виникненні, перебігу, компенсації та декомпенсації різних соматичних хвороб.

У психогігієні зазвичай виокремлюють особисту (індивідуальну) і суспільну (соціальну) психогігієну. Відзначається зв'язок першої з загальною, педагогічною психологією і психологією праці, другої — з соціальною психологією.

У системі психогігієнічних знань найчастіше вказуються такі її розділи: вікова психогігієна; психогігієна праці (промислова психогігієна); психогігієна навчання; психогігієна побуту; психогігієна сім'ї та статевого життя; психогігієна колективного життя; геронтопсихогігієна; спеціальна психогігієна (військова, авіаційна, космічна, спорту, художньої творчості та ін.).

Ефективне використання психогігієни у програмах охорони психічного здоров'я нині багато в чому визначається подальшою розробкою її медико-психологічних і соціально-психологічних основ. Колишнє уявлення про психогігієну як комплекс

попереджувальних заходів “поза суб’єктом” або комплексі загальнорежимних заходів суб’єкта є недостатнім.

Останніми роками все більше поширюється думка, згідно з якою повноцінна адаптація (так само як споріднене поняття “психічне здоров’я”) визначається не негативним чином — лише як відсутність дезадаптації, а з точки зору позитивного її аспекту — як здатність до постійного розвитку і збагаченню особистості за рахунок підвищення її самостійності і відповідальності в міжособистісних стосунках, більш зрілого та адекватного сприйняття дійсності, вміння оптимально співвіднести власні інтереси з інтересами групи. Внаслідок цього зростає значення під час розробки психогігієнічних методів психотерапевтичного досвіду, методів психотерапії.

Психопрофілактика — інтердисциплінарна галузь, метою якої є попередження нервово-психічних захворювань. На наших очах зростає роль теоретичних і практичних проблем психопрофілактики як самостійної науки, що стрімко розвивається. Змінюється її зміст, який ширшає, передбачаючи спрямованість попереджувальних заходів насамперед на особистість і соціальне середовище. Можна говорити про первинну профілактику, що містить загальногігієнічні, психогігієнічні, численні соціальні заходи, що мають на меті попередження захворювань; вторинну профілактику — запобігання рецидивів хвороби та третинну профілактику — попередження хронізації та інвалідації пацієнта.

Як зазначає психотерапевт І. І. Беляєв, завдання первинної профілактики збігаються з цілями психогігієни і належать до сфери діяльності не тільки невропатологів і психіатрів, а й клініцистів, які працюють у соматичній медицині. Заходи тут мають загальний характер з психогігієною. Щодо вторинної та третинної профілактики (вторинна профілактика — це максимальне виявлення початкових форм нервово-психічних захворювань, третинна — попередження рецидивів нервово-психічних захворювань і відновлення працездатності пацієнтів), то він згоден з тим, що вони мають специфічний характер і виходять за межі психогігієни.

У профілактиці психолог В. К. М'ягер бачить три основні аспекти: особистісний, міжособистісний і ситуаційний. Всі три підходи у практичному плані, на думку автора, доцільно мати на увазі при визначенні “факторів ризику” стосовно осіб (або групи осіб) з підвищеною загрозою захворювання або стосовно ситуацій, що характеризуються психічним травматизмом.

У разі профілактики граничного стану розладів, насамперед неврозів, є очевидною адекватність цих підходів цілям, завданням і змісту патогенетичної психотерапії.

На сучасному етапі розвитку технологій зростає роль комплексу наук, що залучаються до розробки системи заходів з гігієни і профілактики, зокрема психогієни і профілактики хворобливих розладів, зумовлених факторами екстремальних виробничих умов. Як зазначає психолог П. П. Волков, ефективне вивчення механізмів психічної адаптації людини до цих умов, їх порушень і способів корекції вимагає системного підходу, залучення низки медичних, фізіологічних, психологічних, а також допоміжно-соціологічних, психометричних, системотехнічних, кібернетичних методів. Комплексний підхід розглядається в якості необхідної умови подальшого розвитку вельми важливого розділу психогієни — психогієни навчання.

Низка авторів звертає увагу на те, що проведення ефективних психогієнічних і психопрофілактичних заходів вимагає знання основних тенденцій у розвитку несприятливого стану, можливості прогнозування нервово-психічної стійкості людини, вивчення та класифікації початкових передпатологічних симптомів, інакше кажучи, проведення так званої “донозологічної діагностики” порушень з боку психічної сфери. Тільки за цих умов можуть бути адекватно намічені цілі, завдання та обрано адекватні методи конкретної психогієнічної і психопрофілактичної робіт.

2. Система охорони праці та здоров'я працівників медичної сфери

Охорона праці відіграє важливу роль як соціальний чинник, оскільки, якими б вагомими не були трудові здобутки, вони не

можуть компенсувати людині втраченого здоров'я, а тим більше життя — те й інше дається лише один раз. Слід пам'ятати, що внаслідок нещасних випадків та аварій на виробництві травмуються не просто робітники та службовці, на підготовку яких держава витратила значні кошти, а насамперед люди — годувальники сімей, батьки та матері, доньки та сини, родичі та друзі.

Крім соціального, охорона праці має, безперечно, важливе економічне значення. Це й висока продуктивність праці, зниження витрат на оплату лікарняних, компенсацій за важкі та шкідливі умови праці тощо.

Законодавчими актами, що визначають основні положення з питань охорони праці, є загальні закони України, а також спеціальні законодавчі акти. До загальних законів, що визначають основні положення про охорону праці, належать: Конституція України, закони України “Про охорону праці”, “Про охорону здоров'я”, “Про пожежну безпеку”, “Про використання ядерної енергії та радіаційний захист”, “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, “Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності”, Кодекс законів про працю України (КЗпП). Спеціальними законодавчими актами в галузі охорони праці є нормативно-правові акти з охорони праці, Державні стандарти Системи стандартів безпеки праці, Будівельні норми та правила, Санітарні норми, Правила безпечної експлуатації електроустановок споживачів та інші нормативно-правові акти, якими регламентуються загальнообов'язкові правила (норми).

В Основному Законі України — Конституції питанням охорони праці присвячено ст. 43, 45 та 46.

Специфічною особливістю українського Закону, що регламентує правову основу охорони праці, є високий рівень прав і гарантій працівників. Уперше в історії держави працівнику було надано право відмовитися від дорученої роботи, якщо виникла виробнича ситуація, небезпечна для його життя чи здоров'я, або для людей, які його оточують, і навколишнього

природного середовища. Розширено права працівників у соціальних гарантіях відшкодування збитків у випадку ушкодження їх здоров'я на виробництві. Передбачається нова система фінансування охорони праці, формування системи страхування від нещасних випадків і профзахворювань, посилюється централізація планування. Договірне регулювання з питань охорони праці поставлено на високий рівень. Передбачається значна участь громадських інституцій у цьому процесі.

З позицій законодавчої регламентації прав і гарантій працівників у сфері охорони праці та їх забезпечення Закон України “Про охорону праці” та нормативно-правові акти щодо його реалізації одержали високу оцінку експертів Міжнародної організації праці.

Нормативно-правові акти з охорони праці (НПАОП) — це правила, норми, регламенти, положення, стандарти, інструкції та інші документи, обов'язкові для виконання.

Нормативно-правові акти з охорони праці призначені для уточнення, поглиблення та конкретизації положень законодавчих актів з питань охорони праці, а також регламентації вимог безпеки щодо виробничого середовища, трудового процесу, виробничого устаткування, знарядь праці, засобів захисту працюючих, порядку ведення робіт тощо.

Інструкції з охорони праці — це нормативний акт, що містить обов'язкові для дотримання працівниками вимоги з охорони праці при виконанні ними робіт певного виду або за певною професією на робочих місцях, у виробничих приміщеннях, на території підприємства або в інших місцях, де за дорученням роботодавця виконуються ці роботи, трудові чи службові обов'язки.

Інструкції з охорони праці поділяються на:

- інструкції, що належать до нормативно-правових актів з охорони праці;
- примірні інструкції;
- інструкції, що діють на підприємстві.

Інструкції, що належать до нормативно-правових актів з охорони праці, розробляються для персоналу, і їх дотримання є

обов'язковим для працівників відповідних професій на всіх підприємствах незалежно від їх підпорядкованості, форми власності та виду діяльності.

Примірні інструкції затверджуються міністерствами чи виробничими, науково-виробничими та іншими об'єднаннями підприємств, які мають відповідну компетенцію. Такі інструкції використовуються як основа для розробки інструкцій, що діють на підприємстві. Останні розробляються з урахуванням конкретних умов виробництва та вимог безпеки, викладених у експлуатаційній і ремонтній документації підприємств-виготовлювачів обладнання, що використовується на цьому підприємстві.

Інструкції, що діють на підприємстві, розробляються (переглядаються) керівниками робіт (начальник виробництва, цеху, дільниці, відділу та ін.) і затверджуються роботодавцем. Служба охорони праці реєструє в спеціальному журналі всі інструкції, які запроваджуються на цьому підприємстві. Безпосередній керівник робіт видає працівникам на руки інструкції з охорони праці (під розписку) під час первинного інструктажу або вивіщує на їхніх робочих місцях.

Перегляд інструкцій, що належать до нормативно-правових актів з охорони праці, та примірних інструкцій здійснюється в міру потреби, але не менше одного разу на 10 років, а інструкцій, що діють на підприємстві, — не менше одного разу на 5 років, причому для професій або видів робіт з підвищеною небезпекою — не менше одного разу на 3 роки.

Кожній інструкції з охорони праці надається назва та скорочене позначення (код, порядковий номер), і вона повинна містити такі розділи: загальні положення; вимоги безпеки перед початком роботи; вимоги безпеки під час виконання роботи; вимоги безпеки після закінчення роботи; вимоги безпеки в аварійних ситуаціях.

Інструкції містять тільки ті вимоги щодо охорони праці, дотримання яких є обов'язковим для працівників. Порушення працівником цих вимог розглядається як порушення трудової дисципліни. Контроль за дотриманням вимог інструкцій покладається на роботодавця.

У системі законодавства щодо гігієни праці ключове місце посідає Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”. Положення, що мають пряме відношення до захисту здоров’я робітників та службовців, найбільш повно висвітлено в ст. 7 “Обов’язки підприємств, установ та організацій”. Ця стаття передбачає розробку та здійснення адміністрацією підприємств санітарних та протиепідемічних заходів; здійснення в необхідних випадках лабораторного контролю за дотриманням вимог санітарних норм стосовно рівнів шкідливих чинників виробничого середовища; інформування органів та установ державної санітарно-епідеміологічної служби під час надзвичайної події та ситуації, що становлять небезпеку для здоров’я населення; відшкодування в установленому порядку працівникам і громадянам збитків, яких завдано їх здоров’ю в результаті порушення санітарного законодавства.

Відповідно до зазначеного закону забезпечення санітарного благополуччя досягається такими основними заходами:

- гігієнічною регламентацією та державною реєстрацією небезпечних чинників навколишнього та виробничого середовища;
- державною санітарно-гігієнічною експертизою проектів, технологічних регламентів, інвестиційних програм та діючих об’єктів і зумовлених ними небезпечних чинників на відповідність вимогам санітарних норм;
- включенням вимог безпеки щодо здоров’я та життя в державні стандарти та іншу нормативну документацію;
- ліцензуванням видів діяльності, пов’язаних з потенційною небезпекою для здоров’я людей;
- пред’явленням гігієнічно обґрунтованих вимог до проектування, будівництва, розробки, виготовлення та використання нових засобів виробництва та технологій; до житлових та виробничих приміщень, територій, діючих засобів виробництва та технологій тощо;
- обов’язковими медичними оглядами певних категорій населення тощо. Складовою частиною законодавства в галузі гігієни праці є постанови та положення (норми),

затвержені Міністерством охорони здоров'я України (наприклад, “Положення про медичний огляд працівників певних категорій”, “Перелік важких робіт і робіт з шкідливими і небезпечними умовами праці, на яких забороняється застосування праці неповнолітніх”), санітарні правила і норми стосовно окремих чинників виробничого середовища, певних технологічних процесів і конкретних виробництв та інші нормативні документи.

3. Заходи психогієни та психопрофілактики для медичних працівників

Незважаючи на активні дослідження, що проводяться останніми роками в галузі психогієни і психопрофілактики, зміст і спрямованість конкретних психогієнічних і психопрофілактичних заходів залишаються недостатньо розробленими. Дискусійним залишається питання про обґрунтованість застосування методів психотерапії — засобів лікування хворої людини — з метою психогієни та первинної профілактики. Якщо деякі автори розшифровують експансію психотерапевтичних прийомів до “позаклінічного” середовища в якості природного і необхідного аспекту на сучасному етапі розвитку технологій та поширення інформації, то інші вважають це положення в теоретичному плані сумнівним.

Відповідь на це запитання значною мірою пов'язана з розумінням однієї з найфундаментальніших проблем психіатрії та медичної психології — проблеми співвідношення психічного здоров'я і хвороби, норми і патології. Розвиток психології відносин і патогенетичної концепції неврозів показав неадекватність розуміння психічного здоров'я просто як відсутність симптомів хвороби, “нормальності” як середньоарифметичних особистісно-поведінкових характеристик, властивих тій чи іншій групі, і тим більше поширених свого часу, особливо за кордоном, уявлень про визначальну для здоров'я роль пасивного пристосування індивіда до середовища. Підвищення інтересу до “здорових” сторін особистості, до її інтра- та інтеріндивідуального потенціалу неминуче: мало призвести до того, що в

якості головного критерію психічного здоров'я стала розглядатися здатність до постійного розвитку і збагачення своєї особистості, до реалізації таких фундаментальних особистісних властивостей, як соціальність, самостійність і свідомість. Отже, як зазначав В. М. М'ясищев, основою психотерапевтичного впливу є насамперед процес міжособистісного спілкування, під час якого виникає можливість набуття нового як пізнавального, так і емоційного досвіду, необхідного для розуміння свого внутрішнього стану, поведінки та впливу останньої на оточуючих людей. Це нове розуміння є вихідною точкою для зміни своїх способів переживань і поведінки, що мали місце до сьогодні. Як індивідуальна, так і особливо групова патогенетична психотерапія найбільшою мірою сприяє вирішенню цих завдань розвитку особистості, що, по суті своїй, і відповідає психогігієнічним і психопрофілактичним цілям.

У працях медичних психологів Б. Д. Карвасарського і Б. В. Іовлевої вже було зроблено спробу розглянути проблему попередження та усунення емоційного стресу в світлі досвіду, лікування та профілактики неврозів. При цьому протистресові заходи були висвітлені з точки зору їх спрямованості на усунення психотравмуючих обставин, внутрішніх психологічних конфліктів і тих особливостей особистості, які сприяють виникненню емоційного стресу.

Як показує практика лікування неврозів, усунення хворобливих форм нервово-психічного напруження в реальному житті передбачає два можливих варіанти: усунення психотравмуючої ситуації, що спричиняє таке, або зміна ставлення до цієї ситуації особистості за умови, що сама ситуація зберігається.

Усунення психотравмуючої ситуації передбачає також дві можливості: або вона об'єктивно може бути змінена в бажаному для особистості напрямі, або особистість "іде" з цієї ситуації.

Психотравмуючі ситуації пов'язані здебільшого з конфліктними міжособистісними відносинами. У тих випадках, коли об'єктом системи психогігієнічних і психопрофілактичних заходів є окремий індивід, їхній зміст має містити звернення до осіб, які, так чи інакше, причетні до порушень міжособистісних

відносин, які виникають, що зумовлюють травматичну ситуацію. У реальному житті це зазвичай члени сім'ї та співробітники по роботі. Коли об'єктом цих заходів є великі групи людей і коли можна виділити деякі типові особливості поведінки, що часто призводять до виникнення типових психотравмуючих ситуацій, усунення та попередження нервово-психічного перенапруження вимагає вже звернення до великої кількості людей шляхом використання засобів масової комунікації (телебачення, кіно, радіо, лекції та ін.). Ці форми особливо важливі у профілактиці психічних стресів, що спричиняються порушеннями міжособистісних відносин в умовах, як правило, більш випадкових, короточасних форм спілкування, що мають місце у повсякденному житті.

Іншим шляхом усунення хворобливих форм нервово-психічного напруження є "відхід" з травмуючої ситуації або уникнення його. Цей шлях, що здається зовні раціональним, виявляється у світлі досвіду клініки неврозів, як правило, неефективним. По-перше, індивід нерідко, по суті, не в змозі "піти" з ситуації, яка його травмує, що зумовлює нервово-психічне перенапруження. Типовим прикладом є нервово-психічне перенапруження, що виникає у випадку загибелі близьких людей, під час особистісних реакцій на важкі соматичні невиліковні захворювання. Ситуація може характеризуватися не так об'єктивною, як суб'єктивною неможливістю "відходу" з неї, через морально-етичні міркування, почуття обов'язку, відповідальності. Здебільшого це зумовлено наявністю того типу психологічного конфлікту, в основі якого лежить боротьба суперечливих особистісних тенденцій. Наприклад, під час конфлікту між подружжям бажанням одного піти з сім'ї може протидіяти страх самотності, втрати майна, соціального престижу. Не завжди "відхід" з ситуації є доцільним засобом для усунення нервово-психічного перенапруження, навіть якщо це і можливо, тому що воно при цьому зберігається і поза наявності психотравмуючих обставин.

Досвід лікування неврозів вказує на те, що найбільше значення щодо проблеми попередження та усунення хворобливих

форм нервово-психічного напруження мають заходи, спрямовані не так на усунення психотравмуючих обставин, як на реконструкцію порушених відносин особистості. Насамперед це пов'язано з тим, що життєві обставини виступають в якості психічних стресорів лише в тому разі, якщо вони зачіпають особливо значущі особистісні відносини, і що в основі тривалого нервово-психічного перенапруження зазвичай лежить внутрішній психологічний конфлікт, зумовлений перетином значущих для особистості потреб.

Психотерапевтичний процес, заснований на принципах патогенетичної психотерапії, надзвичайно близький до завдань проведення ефективних психогігієнічних і психопрофілактичних заходів. Розгляд індивідуальних та групових форм патогенетичної психотерапії переконує в тому, що вони, становлячи основу впливів, спрямованих на усунення і попередження хворобливих форм нервово-психічного напруження, мають безсумнівні переваги перед психологічними впливами, що не характеризуються настільки вираженою спрямованістю на усунення його (напруження) причин. В якості останніх виступають, насамперед, психологічні конфлікти, які можуть бути адекватно зрозумілі лише в контексті особливостей особистості. Система патогенетичної психотерапії при цьому не ігнорує і значення реальних психотравмуючих обставин, не тільки звертаючись до глибоких переживань самого пацієнта, а й намагаючись конструктивно вирішити об'єктивно існуючі психотравмуючі ситуації. З огляду на це, вона виступає в якості методу, що усуває нервово-психічне перенапруження, застерігаючи можливе виникнення перенапруження в майбутньому і підвищуючи стресову толерантність індивіда.

Ці переваги патогенетичної психотерапії зумовлені тим, що серед безліч інших психотерапевтичних систем вона реалізує в найповнішому вигляді каузальний підхід до розуміння причин і усунення психогенних розладів.

Останнім часом зростає роль методів сімейної психотерапії серед інших засобів психогігієни і психопрофілактики. Остання розглядається як найважливіший метод профілактики пси-

хогенних захворювань, психопрофілактики стосовно осіб з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки (при зумовленості її сімейними дисгармоніями), у пацієнтів з важкими соматичними захворюваннями, зокрема інфарктом міокарда.

Інший клас методів, спрямованих на усунення нервово-психічного напруження, що може мати своєю основою психотерапевтичні дії, зараховують до симптоматичних. За допомогою імперативних навіювань психотерапевт намагається зменшити стресове значення психотравмуючих обставин, підвищити силу конструктивних спротивів особистості цим обставинам, зменшити або зняти окремі хворобливі прояви нервово-психічного напруження, включаючи його соматовегетативні прояви.

Метод аутогенного тренування, що отримав значне поширення в психотерапевтичній практиці, спрямований, насамперед, на розвиток здатності до саморегуляції початково мимовільних функцій організму, що може бути використано для зняття або зменшення нервово-психічного перенапруження.

За останнє десятиріччя аутогенне тренування дістало широке застосування для вирішення психогігієнічних і психопрофілактичних завдань у виробничих умовах. Психологами В. Є. Рожновим і А. А. Рєпіним розроблено систему психологічного виробничого тренування для осіб допомагаючих професій. Програма психопрофілактичної підготовки, заснованої на навчанні методам саморегуляції у варіантах седативно-охоронної й енергетично активізуючої її дії, створена А. Т. Філатовим і його співробітниками для низки фахівців у промисловості. При цьому використовувалися електронні пристрої, що створюють можливості самовідчуття, довільного самоконтролю і управління соматовегетативними функціями із застосуванням біологічного зворотного зв'язку. Для вирішення завдань психогігієни і психопрофілактики в медичній діяльності розроблено комплекси прийомів психічної саморегуляції ("психорегулююче тренування"). Усіма авторами підкреслюється, що йдеться не про механічне перенесення тих чи інших сугестивних прийомів у різні галузі соціальної практики люди-

ни, а про створення спеціальних варіантів цих методів, що враховують особливості діяльності у відповідних галузях.

У дослідженнях психолога О. Кондаша з метою первинної та вторинної профілактики використовуються різні методи терапії поведінки, що розробляються ним з позиції дисцентної психотерапії: метод систематичної десенситизації для усунення хвилювання, що ускладнює успішну діяльність.

Ефективність методів навіювання, самонавіювання, “поведінкових” прийомів підтверджується багатьма авторами. Однак слід підкреслити, що їхня роль в усуненні хворобливих форм нервово-психічного напруження може бути ефективною лише в тому разі, коли в його розвитку в якості провідної причини виступають обставини, патогенна роль яких невеликою мірою детермінується особливостями особистості та історією формування її відносин. Це здебільшого короточасні стреси, тому що причини їх полягають більшою мірою в зовнішніх обставинах, а не у внутрішніх психологічних конфліктах, що спричиняє, звичайно, розвиток хронічного нервово-психічного напруження. В останніх випадках усунення напруження, що досягається “симптоматичними” методами, як показує досвід клініки неврозів, є лише тимчасовим. Більш радикальне його усунення можливе тільки під час використання патогенетичного методу психотерапії.

Особливе значення мають методи психотерапії, які не потребують безпосередньої участі лікаря (психолога) і використовують сучасні технічні засоби. У нашій країні й особливо за кордоном набувають поширення психотерапевтичні сеанси в звукозаписі (платівки, магнітофонні стрічки) і спеціальні фільми, які призначені для індивідуального користування та можуть транслюватися по радіо і телебаченню одночасно для великих груп людей (наприклад, для окремих палат та лікарень загалом, санаторіїв та будинків відпочинку). Ці форми психотерапії виправдовують себе тою мірою, якою можлива відмова від зворотного зв'язку “пацієнт–психотерапевт”. Очевидно, що це неминуче під час роботи з великими колективами, де навіть за наявності психотерапевта його можливості

отримувати інформацію про всіх пацієнтів і контролювати сам процес психотерапії та його ефективність зі зрозумілих причин обмежені. Певними перевагами цих варіантів психотерапії є те, що в цих випадках досвід найбільш кваліфікованих і досвідчених психотерапевтів може бути використаний стосовно широкого кола пацієнтів, а в інших — практично здорових людей під час розв'язання завдань психогієни і психопрофілактики.

До числа методів такого опосередкованого психотерапевтичного впливу слід віднести бібліотерапію і музикотерапію — використання таких літературних і музичних творів, що спеціально підбираються для впливу на особистість, відносини, нервово-психічний стан людини з психотерапевтичною та психогієнічною метою.

Слід відзначити важливу роль під час виконання завдань охорони психічного здоров'я психогієнічних і психопрофілактичних знань, їх широкої пропаганди, особливо знань про сутність психогенних розладів, ролі особистості і порушення її відносин в їх виникненні. Так само як обізнаність з певними гігієнічними правилами сприяє збереженню соматичного здоров'я, обізнаність з правилами психогієни необхідне для здоров'я психічного. На значення організації та систематичного проведення психогієнічного виховання у психопрофілактиці вказує психолог Г. К. Ушаков. Поряд з тими методами психотерапії, які можуть застосовуватися для усунення та попередження хворобливих форм нервово-психічного напруження, в останнє десятиліття широкого поширення набули психофармакологічні засоби.

Це пояснюється як успіхами фармакології, так і значною поширеністю емоційно-стресових реакцій у зв'язку з наростаючим темпом і напруженістю сучасного життя. Існують причини, що пояснюють підвищений інтерес до медикаментозних засобів, які можуть бути використані для впливу на психічний стан людини, особливо в цілях оптимізації її діяльності. Це, вочевидь, принципова неможливість задоволення потреби в кваліфікованій психотерапевтичній допомозі при нервово-психіч-

ному перенапруженні всіх, кому вона показана і де вона може бути ефективною, насамперед, через великі тимчасові витрати. Навпаки, психотропні препарати характеризуються широкою доступністю і хоча б у майбутньому можна сподіватися на отримання препаратів, що відрізняються більш високою виборчою ефективністю і дієвістю.

Найважливішою особливістю цієї групи препаратів є їхня здатність вибірково впливати на страх, тривогу, депресію, астенію. З усіх груп психотропних засобів з цією метою можуть ефективно застосовуватися, насамперед, так звані транквілізатори (триоксазин, феназепам та ін.), а також трициклічні антидепресанти з вираженим транквілізуючим ефектом (амітриптілін та ін.) і психостимулюючі засоби (сіднокарб та ін.).

Обираючи препарат і призначаючи дозування, важливо знати показання і протипоказання до їх застосування в кожному випадку. І хоча вони становлять здебільшого ефективні засоби для боротьби з емоційним стресом у здорових людей, їхнє використання цілком належить до компетенції медичних працівників. Слід підкреслити, що повне перенесення досвіду застосування цих препаратів у медичній практиці на ділянку усунення та попередження тривалого нервово-психічного напруження у здорових людей вимагає відповідної перевірки та проведення спеціальних досліджень.

На це слід зважати, тому що навіть використання психотропних засобів у клініці неврозів нерідко зустрічає заперечення і розглядається як свого роду капітуляція психотерапевта перед пацієнтом. При цьому ґрунтуються на тому, що послідовний розгляд неврозів, як психогенних захворювань, визначає і головний метод їх лікування, а саме — патогенетично обґрунтовану психотерапію, в той час як психофармакотерапія дає при неврозах переважно симптоматичний ефект. Дія цих препаратів розгортається на відносно низьких рівнях в ієрархії патогенетичних механізмів невротичних станів, поки що досить далеких від тих рівнів, які ближче до етіопатогенетичних механізмів і до яких, по суті, і звернена глибока патогенетична психотерапія.

Хоча використання психотропних засобів орієнтується, швидше, на емоційний стан і лише опосередковано через нього на обставину, конфлікт і особистість, проте слід зважати і на низку позитивних сторін застосування психофармакологічних засобів.

На відміну від тези про капітуляцію перед пацієнтом у разі активного застосування психотропних засобів, їхні прихильники, не протиставляючи психотерапії фармакотерапію, бачать основне призначення останньої в тому, що вона “відкриває” двері для психотерапії. Навіть короткочасне симптоматичне поліпшення стану на початку лікування полегшує психотерапевтичний контакт, зокрема, підвищуючи віру пацієнта в одужання.

Застосування психотропних засобів може створити умови для швидкої та конструктивнішої участі індивіда в розв’язанні психотравмуючих обставин, що спричиняють нервово-психічне перенапруження. Сприяє цьому ефект “дистанціювання”, що спричиняється деякими з цих препаратів, коли всі події чітко сприймаються, але “дезактуалізуються” при зниженні емоційного ставлення до них.

Таким чином, здебільшого лише система психотерапевтичних та фармакотерапевтичних впливів забезпечує найкращі умови для усунення хворобливих форм нервово-психічного напруження. Співвідношення цих компонентів має визначатися з урахуванням конкретних обставин. Слід при цьому зважати на те, що в той час як фармакотерапевтичні засоби забезпечують, швидше, тактичний безпосередній успіх, психотерапія може сприяти стратегічному успіху, більш тривалому і стійкому, з підвищенням загальної стресової толерантності особистості.

Широке застосування транквілізаторів в якості засобів, що усувають нервово-психічне перенапруження, не завжди є виправданим. У разі такої установки йдеться про прагнення до “хімічного розв’язання своїх проблем”. На небезпеку виникнення цієї порочної стратегії адаптації до конфліктних ситуацій, особливо в осіб з легким виникненням атактичних мотивацій, вказує також психіатр Ц. П. Короленко. Тривале за-

стосування психотропних засобів може порушити динамічну систему регуляторних процесів мозку, систему контролю поведінки та емоцій. Досвід клініки неврозів корисний під час розгляду проблем усунення та попередження нервово-психічного перенапруження в усіх його формах і сферах людської діяльності. Проте спеціальне значення він набуває стосовно попередження та усунення хворобливих форм нервово-психічного напруження, що виникає в особливих, нерідко екстремальних умовах.

За всієї очевидної складності проблеми схематично можна відзначити основні напрями діяльності лікаря і психолога, відповідальних за добір і психічний стан осіб, діяльність яких здійснюється в екстремальних умовах.

Психогігієнічна і психопрофілактична підготовка колективів для роботи в екстремальних умовах багато в чому могла б бути забезпечена шляхом виключення під час відбору осіб, що відрізняються низькою стресовою толерантністю. Значення профвідбору як важливої ланки психогігієнічних і психопрофілактичних заходів підкреслюється К. К. Платоновим, В. Є. Рожновим і А. А. Рєпіним, Ц. П. Короленком та ін. Під час профвідбору водночас слід мати на увазі істотне зауваження К. К. Платонова і Т. І. Тепеніціної про те, що будь-які психічні властивості або риси особистості, виступаючи в різних структурних поєднаннях, можуть відігравати найрізноманітніші ролі в діяльності людини. Оптимальна діяльність, що є особливо значущим для екстремальних умов, багато в чому визначається цільовою установкою і мотивацією.

Нині, коли зростає коло людей, які залучаються до діяльності в умовах емоційної напруженості, при одночасному підвищенні вимогливості до їх кваліфікації та за відсутності абсолютної надійності прогнозування стресової толерантності, істотне значення набуває проблема їх попередньої підготовки.

Психологічна підготовка має проводитися як в індивідуальній, так і насамперед у групових її формах. За останньої можуть використовуватися прийоми моделювання різних ситуацій, зо-

крема з майбутньою діяльністю в екстремальних умовах, подальшою груповою дискусією, спрямованою не тільки на корекцію неправильних стосунків, а, головним чином, на створення оптимальної мотивації очікуваної діяльності, заснованої на усвідомленні єдності, власне, цінного і одночасно індивідуального особистісно значущого змісту спільної діяльності. Крім того, можна використовувати такі прийоми групової терапії, як психогімнастика, рецептивна музикотерапія та інші, що набувають значення не тільки в період підготовки, а й у якості методів навчання до застосування їх уже в екстремальних умовах у майбутньому.

План індивідуальної психологічної підготовки має максимально узгоджуватися з інформацією, отриманою в діагностичному періоді, і містити усвідомлення можливих психологічних конфліктів, усунення субневротичних проявів і наявності психологічних конфліктів, що лежать поза сферою майбутньої діяльності, інформування про очікувані психологічні труднощі, насамперед, індивідуально значущі, рекомендації про найбільш адекватні для цих випадків типи компенсаторних реакцій. Як підкреслює медичний психолог О. Н. Кузнецов, висунутий В. М. М'ясищевим принцип вивчення адекватності особистісних відносин до середовища виявляється однаково застосовним під час вирішення як терапевтичних, так і психогігієнічних і психопрофілактичних завдань медичної психології, об'єднуючи в єдиному нерозривному підході особистісні проблеми екстремальної та медичної психології.

Самостійне значення набуває навчання прийомам аутогенного тренування. На етапі психологічної підготовки доцільним є вивчення індивідуальних особливостей дії психотропних засобів у різних дозуваннях, використання яких передбачається за необхідності в екстремальних умовах. Проводиться відбір звукозаписів, книг, кінофільмів, що мають психогігієнічний і психопрофілактичний вплив.

Застосування різних психогігієнічних і психопрофілактичних заходів безпосередньо в екстремальних умовах багато в чому визначається конкретною ситуацією, в якій проходить ді-

яльність групи, її чисельністю, тривалістю діяльності в особливих умовах, наявністю або відсутністю лікаря (психолога). Найкориснішим може виявитися використання тих індивідуальних і групових методів, які вже застосовувалися в попередньому періоді. Водночас зростає роль методів, заснованих на навіюванні, і застосування психотропних засобів.

Не без підстав можна припускати, що специфіка діяльності людей в період стрімкого розвитку технологій вимагає комплексного підходу до проблеми охорони психічного здоров'я. Це передбачає, з одного боку, тісне об'єднання гігієнічних, психопрофілактичних і лікувальних заходів, а з другого — постійну взаємодію цілої низки суміжних дисциплін: медицини, психології, педагогіки та ін.

4. Інструкції з охорони праці в медичних установах

Інструкція з охорони праці медичної сестри

1. Загальні положення.

1.1. Працівник, прийнятий на роботу медичною сестрою, має пройти медичний огляд, спеціальне навчання, вступний інструктаж з техніки безпеки: первинний — на робочому місці, повторний — не рідше одного разу на 6 місяців та позаплановий (при зміні умов праці, порушеннях техніки безпеки, нещасних випадках). Результати інструктажу заносяться у відповідний журнал.

1.2. До самостійного виконання робіт допускаються особи, які мають закінчену середню медичну освіту і володіють основними видами сестринських маніпуляцій.

1.3. Працівник має право відмовитись від дорученої роботи, якщо склалася ситуація, небезпечна для його здоров'я, або для людей, які його оточують, і навколишнього середовища.

1.4. Працівник має дотримуватись вимог, правил внутрішнього трудового розпорядку:

- дотримуватися дисципліни;
- обережно користуватися устаткуванням, інструментами, пристроями, матеріалами, спецодягом тощо;

- утримувати у чистоті робоче місце, територію;
 - періодично проходити медичні огляди.
- 1.5. На робочому місці не дозволяється палити, вживати спиртні напої, наркотики.
- 1.6. Слід дотримуватись правил вибухобезпеки.
- 1.7. Слід дотримуватись правил особистої гігієни:
- вживати їжу в їдальні, буфеті;
 - роботу виконувати у чистому спецодязі.
- 1.8. За порушення вимог інструкції працівник притягується до відповідальності згідно із законодавством України.
2. *Вимоги безпеки перед початком роботи.*
- 2.1. Перед початком роботи медсестра має одягнути спецодяг: медичний халат, шапочку або хустину, марлеву пов'язку – маску. Спецодяг має бути чистим, застібнутим на всі ґудзики або зав'язаним.
- 2.2. Слід перевірити наявність ліків та справність медичного інвентарю.
- 2.3. Слід ретельно мити руки з милом.
3. *Вимоги безпеки під час роботи.*
- 3.1. Медична сестра зобов'язана:
- чуйно та уважно ставитись до пацієнтів, слідкувати за їх особистою гігієною;
 - професійно застосовувати апаратуру, інструменти;
 - про технічні несправності повідомляти керівника.
- 3.2. Забороняється використовувати апарати не за призначенням.
- 3.3. Щоб запобігти травмуванню і виникненню небезпечних ситуацій, дотримуйтесь таких вимог:
- працюйте на справному обладнанні, справними інструментами та пристроями;
 - дотримуйтесь правил електробезпеки;
 - не виконуйте роботи, яка не входить у ваші обов'язки.
4. *Вимоги безпеки після закінчення роботи.*
- 4.1. Вимкнути електрообладнання.
- 4.2. Прибрати своє робоче місце.

4.3. Зняти санітарний одяг і заховати у відведене для цього місце.

4.4. Про виявлені недоліки повідомляти керівника.

5. *Вимоги безпеки в аварійних ситуаціях.*

5.1. При виявленні пожежі працівник має негайно викликати пожежну частину за телефоном 101, повідомити керівника установи, вжити заходів для евакуації працівників, учнів із приміщень.

5.2. При пошкодженні електропроводів, розеток необхідно викликати електрика.

5.3. При виявленні запаху газу необхідно викликати аварійну службу за телефоном 104.

5.4. При ураженні електричним струмом, травмуванні потерпілому слід негайно надати допомогу.

Інструкція з охорони праці лікаря

1. *Загальні положення.*

1.1. Ця інструкція є чинною для всіх лікарів-ординаторів відділення. Лікарі допускаються до роботи після проходження вступного інструктажу, що проводиться інженером з охорони праці під час прийому на роботу, первинного інструктажу на робочому місці, що проводиться завідувачем відділення та повторних (1 раз на 6 місяців) інструктажів.

1.2. Недотримання вимог цієї інструкції може призвести до дисциплінарної, матеріальної, адміністративної та кримінальної відповідальності.

1.3. Лікар може бути відсторонений від роботи завідувачем відділення при виявленні будь-яких порушень положення інструкцій з охорони праці; неправильній експлуатації приладу (може бути допущений після проведення повторного інструктажу) та при виявленні несправності в роботі апаратури (забороняється подальша її експлуатація).

1.4. Лікар забезпечується санітарним одягом (халат, шапочка, гумові рукавички, за необхідності — спецодягом і спецвзуттям, індивідуальними засобами захисту).

1.5. Лікар зобов'язаний:

- дотримуватись правил внутрішнього трудового розпорядку;
- без дозволу не покидати своє робоче місце;
- не залишати без нагляду включені електричні, газові та інші апарати;
- виконувати інструкції з охорони праці, протипожежної безпеки, електробезпеки, вказівки завідувача відділення.

1.6. Під час виконання роботи лікарі повинні користуватися спеціальним одягом (халати, тапочки, головні убори, маски, гумові рукавички тощо). З метою уникнення інфікування від пацієнтів працівникам слід суворо дотримуватись правил особистої гігієни та санітарно-протиепідемічних правил і календаря профілактичних щеплень.

2. Вимоги техніки безпеки перед початком роботи.

Приступаючи до роботи, лікарі-ординатори повинні:

2.1. Перевіряти наявність необхідного освітлення в усіх приміщеннях.

2.2. Звертати увагу на можливість пошкодження з'єднувальних елементів електромережі (розетки, вилки, шнури, вимикачі) у кабінетах та допоміжних кімнатах, та справність ізоляції заземлення.

2.3. Перевіряти, чи справні електроприлади, визначати тривалість та доцільність їхньої роботи.

2.4. Переконатися у наявності вільного доступу до запасних виходів на випадок надзвичайних ситуацій.

2.5. У випадку виявлення будь-яких відхилень, несправностей, пошкоджень негайно повідомити заступника головного лікаря з АГЧ, інженера з техніки безпеки.

3. Вимоги техніки безпеки під час роботи.

3.1. Упродовж робочого часу завідувач відділенням зобов'язаний дотримуватись правил внутрішнього трудового розпорядку, інструкції з охорони праці, слідкувати за її дотриманням.

3.2. При виявленні порушень вимог техніки безпеки (несправність електричного обладнання, порушена електроізоляція, обірваний дріт, від'єднане заземлення, пошкоджений електророзподільний щит), а також про нещасний випадок слід

негайно повідомити заступника головного лікаря з АГЧ, спеціаліста з охорони праці, а також головного лікаря.

3.3. Під час роботи з апаратурою, електроприладами дотримуватися інструкцій з їх експлуатації, не працювати з несправними приладами, а також дотримуватися таких вимог:

3.3.1. Не залишати ввімкненим будь-який електричний чи газовий прилад без нагляду.

3.3.2. Не користуватися первинними засобами пожежогасіння не за призначенням.

3.3.3. Не перекидати та не захаращувати запасні виходи з відділення, лікарні.

3.3.4. Не користуватися несправною розеткою, вилкою, пошкодженим електричним шнуром.

3.3.5. Не вмикати електричні прилади при виявленні ушкодження системи заземлення.

3.3.6. Не користуватися електричними приладами без захисних засобів (гумових килимків, надійної ізоляції, заземлення тощо).

3.3.7. Не торкатися вологими руками електроприладів.

3.3.8. Не працювати на висоті (драбинах, підвіконнях) без додаткових засобів безпеки.

3.3.9. Не працювати без гумових рукавиць та спеціальних фартухів з кров'ю пацієнтів, їх виділеннями, не виконувати гнійні перев'язки.

3.3.10. Не користуватися несправними засобами для транспортування пацієнтів.

3.3.11. Не створювати протягів у приміщенні.

3.3.12. Не палити у приміщенні відділення та лікарні.

3.3.13. Не налагоджувати самостійно медичне обладнання, електромережу і не доручати це стороннім особам.

3.3.14. Не користуватися відкритим вогнем у приміщенні.

3.3.15. При використанні кисню дотримуватися відповідних інструкцій.

4. Після закінчення роботи.

4.1. Після закінчення роботи завідувач відділенням має перевірити, чи вимкнені всі газові та електроприлади, освітлення, які не використовуються, закрити крани, вікна.

4.2. Навести лад на своєму робочому місці, передати його черговому персоналу по зміні.

4.3. Дотримуватися особистої гігієни.

5. *Вимоги техніки безпеки в аварійних ситуаціях.*

Під час виникнення аварійної ситуації (вибуху, пожежі тощо) завідувач відділенням зобов'язаний:

5.1. Припинити роботу.

5.2. Попередити працюючих про небезпеку.

5.3. Довести до відома головного лікаря, заступника головного лікаря з АГЧ, інженера з техніки безпеки.

5.4. При виникненні пожежі діяти згідно з інструкцією (дії персоналу на випадок пожежі).

5.5. За необхідності провести евакуацію пацієнтів і майна з відділення згідно з планом евакуації.

5.6. Під час нещасних випадків надавати невідкладну допомогу згідно з інструкцією і негайно доповісти головному лікарю, інженеру з техніки безпеки, зберегти ситуацію такою, за якої стався нещасний випадок.

Контрольні та орієнтовні запитання для самостійного опрацювання

1. Способи психологічної оптимізації праці та підвищення ефективності роботи медичних працівників.
2. Методи психологічної роботи з персоналом медичних установ.
3. Методи саморегуляції психічних станів та розвитку особистості як способи профілактики синдрому “вигорання”.
4. Принципи організації індивідуальної та групової психологічної роботи з персоналом медичних установ.
5. Групова атмосфера в робочому колективі.
6. Роль державної політики в галузі охорони здоров'я щодо забезпечення гуманізації медичної праці.
7. Значення профорієнтації.

Рекомендована література

1. *Лукашевич Н. П.* Психология труда / Н. П. Лукашевич, И. В. Сингаевская, Е. И. Бондарчук. — К.: МАУП, 1997. — 104 с.
2. *Михайлов Б. В.* Синдром “выгорания”, его причины и способы коррекции / Б. В. Михайлов // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 32.
3. *К вопросу о стигматизации в психиатрии* / А. С. Сницаренко и др. // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 29.
4. *Ткачук В. Г.* Психофизиология труда / В. Г. Ткачук, В. Е. Хапко. — К.: МАУП, 1999. — 88 с.
5. *Хьелл Л.* Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 608 с.
6. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. — М.: Класс, 1999. — 576 с.

Контрольні запитання до курсу “Психологія медичної праці”

1. Предмет і завдання психології медичної праці.
2. Особливості психології медичної праці як підрозділу медичної психології.
3. Основні завдання психології медичної праці.
4. Мультидисциплінарність у психології медичної праці та її зв'язок з природничими і гуманітарними науками.
5. Місце і значення психології медичної праці в медицині та психології.
6. Основні напрями досліджень у сучасній психології медичної праці.
7. Основні методи досліджень у психології медичної праці.
8. Допоміжні методи досліджень у психології медичної праці.
9. Фізіологічні методи досліджень у психології медичної праці.
10. Трудовий метод дослідження у психології медичної праці.
11. Особливості медичної праці як специфічного суспільного явища.
12. Професійні вимоги до особистості медичного працівника.
13. Психологічні вимоги до особистості медичного працівника.
14. Психологічний профіль медичного працівника.
15. Психологічна сутність професійної моралі та поведінки медичного працівника.
16. Основні принципи медичної етики і деонтології.
17. Взаємозв'язок клінічної медицини, медичної психології та етики, деонтології.
18. Чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника.

19. Психофізіологічні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника (вік, стать, рівень освіти, релігійність).
20. Медико-психологічні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника (тривала робота в установах певного профілю).
21. Психосоціальні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника (стиль управління колективом, соціально-психологічний клімат колективу).
22. Організаційні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника.
23. Соціально-економічні чинники впливу на психологію особистості та професійну поведінку медичного працівника.
24. Взаємозв'язок соціально-економічних організаційних, медико-психологічних, психосоціальних чинників у психології медичної праці.
25. Особливості медичної діяльності на сучасному етапі розвитку медичної галузі.
26. Психологічні особливості особистості медичного працівника як передумова виникнення професійних деформацій.
27. Основні поняття про стрес, стресогенні чинники.
28. Визначення і дослідження негативних психологічних чинників медичної діяльності.
29. Методи оцінювання та самоконтролю діяльності лікаря і психолога.
30. Синдром професійного “вигорання” як наслідок дії некерованого стресу.
31. Стадії синдрому професійного “вигорання” за В. В. Бойко.
32. Стадії синдрому професійного “вигорання” за К. Масlach і С. Джексон.
33. Психологічні зміни особистості медичного працівника під час розвитку синдрому професійного “вигорання”.
34. Психодіагностика синдрому професійного “вигорання”.

35. Рівень мотивації медичного фахівця та його вплив на діяльність.
36. Методи підвищення самооцінки медичного персоналу.
37. Вплив потенційних перспектив професійного зростання на діяльність медичного персоналу.
38. Чинник позитивної оцінки діяльності як метод підвищення самооцінки медичного персоналу.
39. Чинник підвищення кваліфікації медичного персоналу.
40. Чинник відповідальності за діяльність та свобода прийняття рішень персоналу.
41. Чинники мотивування до діяльності медичного працівника.
42. Делегування повноважень нижчим ланкам як чинники мотивування до діяльності.
43. Стигматизація лікаря, психолога, медичного працівника.
44. Кримінальна, судова, громадянська відповідальність медичного працівника (лікаря, психолога).
45. Відповідальність медичного працівника при розв'язанні питань експертизи, встановленні діагнозу.
46. Вплив відносин "лікар-пацієнт" на медичних працівників.
47. Особливості праці медичного працівника в різних галузях медицини.
48. Особливості психологічного підходу до лікувального процесу різних медичних спеціальностей.
49. Взаємодія лікаря і психолога.
50. Вплив професійної діяльності різного фаху на особистість медичного працівника.
51. Професійна "шкідливість" в установах різного профілю.
52. Зміни особистості внаслідок тривалої роботи в медичних закладах різного профілю.
53. Механізми психологічного захисту, що призводять до появи компенсаторних рис.
54. Явище "десенсибілізації" фахівця до переживань пацієнта (емоційного зачерствіння).
55. Способи психологічної оптимізації праці та підвищення ефективності роботи медичних працівників.

56. Методи психологічної роботи з персоналом медичних установ.
57. Методи саморегуляції психічних станів та розвитку особистості як способи профілактики синдрому “вигорання”.
58. Принципи організації індивідуальної та групової психологічної роботи з персоналом медичних установ.
59. Групова атмосфера в робочому колективі.
60. Роль державної політики в галузі охорони здоров'я щодо забезпечення гуманізації медичної праці.
61. Значення профорієнтації у свідомому виборі професії медичного працівника.
62. Етапи професійного відбору щодо встановлення придатності особи до медичної діяльності.
63. Оптимальний стиль управління в медичних закладах.
64. Формування сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі.
65. Післядипломна підготовка та перепідготовка медичних фахівців і роль курсів підвищення кваліфікації.
66. Форми організації роботи психолога в медичній установі.
67. Структуроване спілкування в межах роботи підрозділів лікарні.
68. Значення гнучкості керівного персоналу, динамічності форм взаємодії підрозділів медичної установи.
69. Роль середнього та молодшого медичного персоналу в організації роботи медичного закладу.
70. Особливості підготовки медичного працівника: організаційні та науково-методичні аспекти роботи медичного фахівця.
71. Особливості медичної праці в наркологічних відділеннях.
72. Особливості медичної праці в онкологічних відділеннях.
73. Особливості медичної праці у відділеннях лікування ВІЛ і СНІДу.
74. Особливості медичної праці у психоневрологічних відділеннях.
75. Особливості медичної праці в суїцидологічних службах.

76. Особливості медичної праці у відділеннях швидкої та невідкладної допомоги.
77. Особливості медичної праці у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії.
78. Особливості медичної праці у відділеннях реабілітації.
79. Особливості медичної праці у відділеннях терапевтичного профілю.
80. Психологічні аспекти медичної праці сімейного лікаря.
81. Основні напрями роботи психолога з персоналом медичних установ.
82. Роль релігійних та громадських організацій в гуманізації медичної праці.
83. Психофізіологічні наслідки дії шкідливих чинників медичної діяльності.
84. Роль психолога у виробничій адаптації медичних працівників.
85. Психологічні вимоги до емоційно-вольових якостей медичного працівника.
86. Вікові особливості особистості медичного працівника.
87. Професіограма медичного працівника.
88. Профконсультація як система психолого-педагогічного вивчення особистості при виборі професії медичного працівника.
89. Особливості психодіагностичного обстеження при професійному відборі щодо професії медика.
90. Психологічні особливості професійних контактів медичних працівників різних ієрархічних рівнів.

Рекомендовані теми для рефератів

З метою контролю засвоєння знань студентів з дисципліни “Психологія медичної праці” доречним є виконання рефератів по кожному змістовому модулю. Таким чином визначиться рівень засвоєння студентами основних положень і зв’язків психології медичної праці, загальних закономірностей психологічних змін у медичних працівників, методів оптимізації праці медичних працівників, запобігання заглибленню психологічних змін внаслідок тривалої дії чинників, пов’язаних з професійною діяльністю.

1. Проблеми та особливості психології медичної праці як підрозділу медичної психології.
2. Основні завдання психології медичної праці.
3. Мультидисциплінарні зв’язки психології медичної праці з природничими та гуманітарними науками.
4. Місце і значення психології медичної праці в медицині та психології.
5. Основні напрями досліджень у сучасній психології медичної праці.
6. Психологія особистості та поведінки медичного працівника.
7. Психосоціальні та соціально-економічні чинники впливу на особистість медичного працівника.
8. Вікові, гендерні особливості у психології медичної праці, вплив рівня освіти, працевлаштування, релігійності на якість роботи медичного персоналу.
9. Рівень мотивації медичного фахівця та його вплив на діяльність.
10. Стигматизація лікаря, психолога, медичного працівника.
11. Кримінальна, судова, громадянська відповідальність медичного працівника (лікаря, психолога).

12. Відповідальність медичного працівника при вирішенні питань експертизи, встановленні діагнозу.
13. Вплив діагнозу на подальшу долю пацієнта. Деонтологічні та етичні аспекти.
14. Вплив відносин “лікар–пацієнт” на медичних працівників.
15. Взаємозв’язок соціально-економічних, організаційних та медико-психологічних чинників у психології медичної праці.
16. Загальна оцінка особливостей медичної діяльності.
17. Психологічні чинники медичної діяльності.
18. Методи оцінювання та самоконтролю діяльності лікаря і психолога.
19. Зміни особистості внаслідок тривалої роботи в медичних закладах.
20. Синдром професійного “вигорання” медичних працівників.
21. Поняття “професійна деформація”. Механізми психологічного захисту, що призводять до появи компенсаторних рис.
22. Явище “десенсибілізації” фахівця до переживань пацієнта (“емоційного зачерствіння”).
23. Основи організації праці медичного працівника як чинник профілактики професійної деформації.
24. Способи психологічної оптимізації праці та підвищення ефективності роботи медичних працівників.
25. Методи психологічної роботи з персоналом медичних установ: групова робота, супервізія, групи зустрічей, консультатії, Т-групи, балінтівські групи.
26. Методи саморегуляції психічних станів та розвитку особистості у медичних працівників як способи профілактики синдрому професійного вигорання.
27. Чинники мотивування до діяльності медичного працівника.
28. Принципи організації індивідуальної та групової психологічної роботи з персоналом медичних установ. Роль групової атмосфери в робочому колективі.

29. Особливості праці медичного працівника в різних галузях медицини.
30. Особливості психологічного підходу до лікувального процесу різних медичних спеціальностей.
31. Професійна “шкідливість” у медичних установах різного профілю.
32. Методи профілактики емоційного вигорання серед медичного персоналу установ різного профілю.
33. Професійні вимоги до медичного працівника. Психологічний профіль медичного фахівця.
34. Професіограма медичного працівника. Особистість лікаря і психолога.
35. Взаємодія лікаря і психолога.
36. Психологічні вимоги до медичного працівника. Загальні питання етики і деонтології.
37. Форми організації роботи в медичній установі. Взаємозв’язок підрозділів, вибір форм спільної праці підрозділів та професійних контактів.
38. Структуроване спілкування в межах роботи підрозділів лікарні. Значення гнучкості керівного персоналу, динамічності форм взаємодії підрозділів установи.
39. Роль середнього та молодшого медичного персоналу в організації роботи медичного закладу.
40. Особливості підготовки медичного працівника: організаційні та науково-методичні аспекти роботи медичного фахівця (уміння обладнати робоче місце, встановити необхідні реляції між підлеглим персоналом, персоналом окремих функціональних підрозділів, налагодити та скоординувати роботу пов’язаних з лікувальним процесом ланок медичної установи).

Література

1. *Абрамова Г. С.* Практическая психология / Г. С. Абрамова. — Екатеринбург: Деловая книга, 1998. — 368 с.
2. *Блейхер В. М.* Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — К.: Здоров'я, 1986. — 280 с.
3. *Богучарова О. І.* Здоров'я особистості у психологічній перспективі / О. І. Богучарова. — К.: Геопринт, 2004. — 282 с.
4. *Бойко В. В.* Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / В. В. Бойко. — СПб.: Питер, 1999. — 105 с.
5. *Бойко В. В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В. В. Бойко.— М.: Наука, 1996. — 142 с.
6. *Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психологической диагностике / Отв. ред. С. Б. Крымский. — К.: Наук. думка, 1989. — 200 с.
7. *Вітенко І. С.* Загальна та медична психологія / І. С. Вітенко. — К.: Здоров'я, 1994. — 295 с.
8. *Вітенко І. С.* Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики — сімейного лікаря / І. С. Вітенко. — Х.: Золоті сторінки, 2002. — 392 с.
9. *Караванов Г.* Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга / Г. Караванов, В. Коршунова. — Львов: Вища шк., 1974. — 84 с.
10. *К вопросу о стигматизации в психиатрии* / А. С. Сницаренко и др. // Архив психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 29.
11. *Криштопа Б. П.* Медична допомога і ринок: проблеми менеджменту / Б. П. Криштопа. — К., 1996. — 119 с.
12. *Ларенцова Л. И.* Синдром “эмоционального выгорания” (burnout) у врачей-стоматологов / Л. И. Ларенцова,

- Ю. М. Максимовский, Е. Д. Соколова // Новая стоматология. — 2002. — № 2. — С. 97–99.
13. *Лукашевич Н. П.* Психология труда / Н. П. Лукашевич, И. В. Сингаевская, Е. И. Бондарчук. — К.: МАУП, 1997. — 104 с.
 14. *Малишева К. О.* Синдром емоційного вигорання психолога-консультанта: психологічні чинники, профілактика та корекція: автореф. ... дис. на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук / К. О. Малишева. — К., 2003.
 15. *Маперс Д.* Социальная психология / Д. Маперс. — СПб.: Питер Ком, 1998.
 16. *Михайлов Б. В.* Синдром “выгорания”, его причины и способы коррекции / Б. В. Михайлов // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 32.
 17. *Орел В. Е.* Феномен “выгорания” в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В. Е. Орел // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22. — № 1. — С. 90–101.
 18. *Основы психології: підручник* / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. — К.: Либідь, 1997. — 632 с.
 19. *Практическая психология: учебник* / Под ред. М. К. Тутушкиной. — СПб.: Дидактика Плюс, 1998. — 336 с.
 20. *Психология: словарь* / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — М.: Изд-во полит. лит., 1990. — 496 с.
 21. *Ронгинская Т. И.* Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психологический журнал. — 2002. — Т. 23. — № 3. — С. 85–95.
 22. *Селье Г.* Стресс без дистресса / Г. Селье. — Рига: Виеда, 1992. — 110 с.
 23. *Ткачук В. Г.* Психофизиология труда / В. Г. Ткачук, В. Е. Хапко. — К.: МАУП, 1999. — 88 с.
 24. *Форманюк Т. В.* Синдром “эмоционального сгорания” как показатель профессиональной дезадаптации учителя / Т. В. Форманюк // Вопросы психологии. — 1994. — № 6. — С. 57–64.

25. *Харди И.* Врач, сестра, больной / И. Харди. — Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988.
26. *Хьелл Л.* Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 608 с.
27. *Эмоциональный* стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Я. Е. Бачершов, М. П. Воронцов, П. Т. Петрюк, А. Я. Цыганенко. — Х.: Основы, 1995. — 276 с.
28. *Юрьева Л. Н.* Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Н. Юрьева. — К.: Сфера, 2004. — 272 с.
29. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. — М.: Класс, 1999. — 576 с.

У навчальному посібнику розглядаються методологічні принципи психології медичної праці, психологічні особливості та специфіка роботи медичного працівника, охорона праці в медичних установах.

Навчальний посібник створено для розкриття психологічних проблем сучасної медичної праці. Він містить теоретично-практичний матеріал за тематикою курсу психологічні аспекти медичної праці.

Для студентів вищих навчальних закладів, викладачів, а також для широкої читачької аудиторії, що цікавиться психологією.

Навчальне видання

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ПРАЦІ

Укладач **ФЕДІК** Ірина Вікторівна

Навчальний посібник

Редактор *Ю. А. Носанчук*

Коректор *Н. К. Чумаченко*

Комп'ютерне верстання *Н. В. Коваленко*

Художнє оформлення *О. О. Стеценко*

Підп. до друку 12.12.14. Формат 60×84/16. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 7,40. Обл.-вид. арк. 5,60. Наклад 1000 пр.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

ДП «Видавничий дім «Персонал»
03039 Київ-39, просп. Червонозоряний, 119, літ. XX

*Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 3262 від 26.08.2008 р.*

Надруковано в друкарні ДП «Видавничий дім «Персонал»