

**ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

*Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису*

Кушнєрєва Аліна Миколаївна

УДК 612.17-052:159.9

**ДИСЕРТАЦІЯ
ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
З ПАЦІЄНТАМИ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Спеціальність 19.00.04 – медична психологія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ А. М. Кушнєрєва

Науковий керівник **МАКСИМЕНКО Сергій Дмитрович**,
доктор психологічних наук, професор

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Кушнєрєва А. М. Особливості комунікації медичних працівників з пацієнтами кардіологічного профілю. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2021.

Дисертаційне дослідження присвячене вивченню особливостей комунікації медичних працівників із пацієнтами кардіологічного профілю, створенню та апробації комплексної програми з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю.

Теоретично з'ясовано, що специфіка комунікації медичного працівника полягає в тому, що спілкування відбувається у двох основних його формах: в одному випадку це засіб організації діяльності, в іншому – задоволення потреби людини в живому контакті. Можна відзначити, що психологічний вплив, що розгортається як суб'єкт-об'єктне, призводить до результатів у вигляді репродуктивних утворень. Більш того, процес спілкування в медицині виступає також процесом пізнання. Лікар-кардіолог у взаємодії з пацієнтом здійснює різні типи спілкування, а саме: ділове спілкування, виховний вплив, діагностична бесіда, інтимно-особистісне спілкування.

Запропоновано комплексний підхід емпіричного дослідження особливостей комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю, результати якого були інтегровані у формувальну частину дослідження. На констатувальному етапі експерименту в дослідженні взяли участь 73 медичні працівники кардіологічного профілю різних медичних закладів. Із них було сформовано контрольну групу у складі 26 осіб та експериментальну (відповідно, 47 осіб, ЕГ).

Використання генетико-моделюючого, психодинамічного, компетентнісного та системного підходів до розробки моделі розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю дозволило представити її як цілісну систему, утворену сукупністю функціонально пов'язаних і закономірних компонентів. Оскільки

на констатувальному етапі відбулось повне діагностування досліджуваних, це дозволило виокремити найбільш слабкі місця в системі знань, умінь, навичок, особистісних ставлень, здатностей, необхідних для реалізації професійних функцій та впровадити комплексну програму з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю. Розроблена програма була експериментально апробована та підтвердила свою ефективність.

Ключові слова: комунікація, підвищення ефективності, кардіологічні захворювання, комунікативна компетентність, лікар-кардіолог, пацієнт.

Kushnerova A. M. Features of communication of medical workers with patients of cardiology profile. – Manuscript.

Thesis for the Candidate Degree in Psychological Sciences, specialty 19.00.04 – Medical Psychology. – G. S. Kostyuk Institute of Psychology, National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine. Kyiv, 2021

The dissertation is devoted to the study of peculiarities of communication of medical workers with patients in cardiological profile, creation and testing of a comprehensive program to improve the effectiveness of communication cardiologist with patients in cardiological profile.

Theoretically, it was found that the specifics of the communication of a medical worker lies in the fact that communication takes place in two main forms – in one case it is a means of organizing activities, in another – satisfaction of human needs in live contact. It can be noted that the psychological effect that unfolds as a subject – object, leads to results in the form of reproductive formations. Moreover, the process of communication in medicine also acts as a process of knowledge. Doctor-cardiologist in interaction with the patient carries out various types of communication, namely: business communication, educational influence, diagnostic conversation, intimately – personal communication.

By studying the essence of such concepts as communication, «competence», «competence», «Communicative tolerance» and «communicative competence», and generalizations believe that communication is a concept that characterizes the

exchange of information, installation, maintenance of contacts between people and can display the process Communication that carries first of all emotional communication between communications. In turn, the communication process goes into professional communication, if it is a process of mutual understanding in a particular field, the exchange of information between the specialists of this industry. Therefore, communicative competence acts as one of the basic characteristics of the professional competence of specialists of cardiological profile.

Cardiological disorders have a wide range, such as hypertension, ischemic heart disease, acute myocardial infarction, various types of arrhythmic manifestations, congenital and acquired heart defects, etc. Cardiologists are increasingly important to psychosocial risk factors.

After analyzing the scientific literature on the study of this phenomenon, we arrive in concluding that the condition of effective communication in the Diado "Pharmacist" of the cardiological profile is the process of their interaction.

Special analysis of literature has confirmed that communication between the patient of the cardiological profile and the doctor passes in an emotionally tense atmosphere and provides for the possession of special communicative skills and skills.

The variety of doctor's communication models and patient cardiological profile in foreign literature reflects the orientation of research on search of ways and more accurate and effective adding the necessary information to the patient, so in foreign medicine, a minor role in the interaction of a medical worker with a patient play legal and regulatory aspects. A few sources of domestic literature emphasize the diadic nature of the communication of the doctor and the patient of the chamber profile, thereby reflecting the direction of research on finding ways of adequate and effective psychological methods of communication.

The comprehensive approach of empirical study of the peculiarities of communication cardiologist with patients of cardiological profile, the results of which were integrated into the formation part of the study, is proposed. At the stamping stage of the experiment, 73 medical workers of the cardiological profile of various medical institutions took part in the study. Of these, a control group consisted of 26 people and experimental (respectively, 47 people, eg) was formed.

The use of genetical-modeling, psychodynamic, competent and systematic approaches to the development of a model for the development of communicative competence in the Diado «cardiologist – patient» of the cardiological profile allowed to introduce it as a coherent system formed by a set of functionally linked and logical components. Since the complete diagnostic of the studied, this allowed to distinguish the weakest places in the knowledge, skills, skills, personal attitudes, abilities necessary for the implementation of professional functions and introduce a comprehensive program to increase the effectiveness of communication cardiologist with patients in cardiological profile. The developed program was experimentally tested and confirmed its effectiveness.

Keywords: communication, efficiency increase, cardiological diseases, communicative competence, cardiologist, patient.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у виданнях, що виходить до наукометричних баз даних:

1. Кушнерьова А. М. Завдання комунікації в діаді «лікар – пацієнт» кардіологічного профілю. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Hamilton, 2021. Vol. 43. P. 26–30.
2. Kushnireva A M. Development of communicative qualities of a medical worker in the diad «medical worker – patient» of the cardiological profile. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. 2019, Vol. 13. P. 144–150.

Статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України:

3. Кушнерьова А. М. До проблеми комунікації медичних працівників з пацієнтами: психологічний аспект. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2020. Т. XIV, вип. 4. С. 208–216.
4. Кушнерьова А. М. Особливості комунікативної компетентності лікаря-кардіолога з пацієнтом. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. праць. Київ, 2021. Вип. 2. С. 72–79.
5. Кушнерьова А. М. Проблема дослідження комунікативних якостей, навичок та вмінь лікаря-кардіолога. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ : ПП Лисенко, 2019, Т. IX, вип. 12. С. 232–241.

Розділи в посібнику:

6. Психічне здоров'я особистості : посіб. для студентів вищих навч. закладів / Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. Київ : «Вид-во Людмила», 2021. С. 93–100, С. 132–139, С. 249–254. Авторський внесок здобувача становить 23 % (у публікації п.п. 3.1.3, 3.1, 3.3.1).

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ I. НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ РОЗУМІННЯ КОМУНІКАЦІЇ В КОНТЕКСТІ КАРДІОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ..	17
1.1. Комунікація: поняття, структура та підходи в розумінні.....	17
1.2. Теоретичне підґрунтя дослідження комунікації в генезі та перебігу кардіологічних захворювань.	32
1.3. Комуникативні компетенції лікаря-кардіолога у вітчизняній та зарубіжній літературі.	44
1.4. Особливості комунікації у взаємодії «лікар-кардіолог-пацієнт» кардіологічного профілю.....	58
1.5. Модель розвитку комуникативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.....	68
Висновки до Розділу I	79
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ПАЦІЄНТАМИ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	84
2.1. Організація емпіричного дослідження.....	84
2.2. Емпіричне дослідження особливостей комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю: констатувальний етап	89
Висновки до Розділу II	102
РОЗДІЛ III КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА З ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАРЯ-КАРДІОЛОГА З ПАЦІЄНТАМИ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	1035
3.1. Обґрунтування методологічної основи комплексної програми	103
3.2. Етапи впровадження програми	106
3.3. Узагальнюючий етап емпіричного дослідження.....	134
Висновки до Розділу III	165
ВИСНОВКИ.....	166
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	166
ДОДАТКИ.....	201

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема організації ефективної комунікації у сфері охорони здоров'я набуває особливої актуальності адже, що професійна діяльність сучасного лікаря характеризується поступовою заміною патерналістської моделі спілкування лікаря з пацієнтом партнерською моделлю.

Однією з причин недостатньої ефективності медичної допомоги є прогалина у сфері спілкування лікаря і пацієнта. Очевидно, що важливо не тільки мати можливість використовувати діагностичні та лікарські засоби, а й домагатися того, щоб пацієнти дотримувалися рекомендацій лікаря. На семінарі ВООЗ в 1994 році розглядалася проблема відносин лікаря і хворого, де було наголошено, що тільки 20–25% пацієнтів, які звертаються до лікарів загальної практики, застосовують ті ліки і саме так, як вони були призначені.

Як зазначає філософ К. Ясперс, лікування має дві складові: одна має природничо-наукове пізнання та практичне застосування, а друга – етика людяності [176].

Для медицини сьогодення характерна ситуація широкого вибору лікувальних тактик і відсутності одного загальновизнаного засобу, який би кардинально вирішував проблему захворювання. Так, медики по всій Україні користуються чіткими інструкціями в своїй роботі – клінічними протоколами. А з початку 2017 року МОЗ України наказом №1422 дозволило працювати за міжнародними настановами лікування і діагностики. Кожен лікар має право на вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики.. У свою чергу ця тенденція сприяє почуттю розгубленості, тривожності та невизначеності у пацієнтів. За таких умов дедалі більшого значення набуває взаємодія в діаді «лікар– пацієнт». З огляду на складність і міждисциплінарний характер проблеми комунікації різноманітні аспекти її дослідження потрапляють у поле зору представників різних галузей знань: медичної (А. Батаршев, О. Бобров, Т. Веприк, О. Грандо, С. Грандо,

В. Залеський, В. Колягін, Б. Лаун, В. Манулик, Ю. Михайлюк, В. Оржешковський, М. Ширінян, С. Шустова, N. Arora, W. Baile, R. Buckman, R. Lenzi, G. Glober, E. Beale, A. Kudelka, M. Biglu, F. Nateq, M. Ghojzadeh, A. Asgharzadeh, C. Fournier, S. Kerzanet), філологічної (Л. Белінсон, М. Барсукова, В. Жура, Ж. Кисмуратова, Н. Литвиненко), психологічної і психолого-педагогічної (М. Боухал, Г. Кіпіані, Р. Конечний, І. Коваль, С. Максименко, Н. Петрова, З. Романець, С. Трушкіна, Л. Урванцев, В. Хриптович, І. Цимбалюк, К. Aspergren), соціологічної (Н. Осипова, Т. Сьоміна, Л. Федотова).

Нова парадигма в медицині більше зосереджує увагу на правах особистості, в тому числі і правах пацієнта, що призводить до нового розуміння суті взаємин між лікарем і пацієнтом. У такому випадку неабиякого значення мають дослідження людини як суб'єкта пізнання та комунікації. На підставі врахування людського фактору, як пише Б. Анан'єв, досягається наукова організація праці, підвищення ефективності лікування і профілактики захворювань, особливо нервово-психічних та серцево-судинних, що в найбільшій мірі залежать від взаємин [9].

Відповідно, у зв'язку з цим, медична психологія відкриває нові підходи в царині дослідження ресурсів медичної діяльності, а саме у сфері спілкування лікаря-кардіолога і пацієнта кардіологічного профілю, які залишаються мало вивченими.

У практичній медицині недостатньо використовуються досягнення психологічної науки, які дозволили б підвищити якість наданої медичної допомоги при наявних матеріальних засобах. У той же час вивчення комунікації у медичному контексті дозволить використовувати в терапевтичному процесі не тільки медичні засоби, але й психологічні способи впливу.

В останні роки проведено значну кількість досліджень, що розкривають психологічні аспекти медичної діяльності (А. Василькова, О. Грандо, С. Грандо, Ф. Портнов, В. Ташликов, Т. Трибрат, В. Чугунов, В. Шепітько,

С. Шуть та ін.). Проте зазначені роботи не вичерпують вивчення комунікативної компетентності лікаря.

Одним із перших наукових досліджень, присвячених вивченню комунікації практикуючих лікарів, була робота Л. Цветкової, в якій акцент робився на вивченні інтерактивної складової спілкування. Так, на основі певних почуттів, що виникають між лікарем і пацієнтом, що будуються на емоційній основі, як стверджує автор, особлива увага зосереджена на те, що лікар для пацієнта є джерелом інформації в процесі лікування і в той же час відіграє значну роль у терапевтичному процесі [171].

Згідно з кваліфікаційною характеристикою фахівця лікарської справи, де окреслюються такі вимоги, як: призначення на посаду, основний характер діяльності, знання, вміння, особистісні якості, якими має володіти фахівець, визначається місце фахівця у сфері медицини, світоглядні орієнтири, компетентна комунікація лікаря. Оскільки професійна діяльність лікаря характеризується високою комунікативністю, що полягає в отриманні необхідної інформації з метою вирішення оперативно-службових завдань, відтак виникає потреба у розкритті особливостей його комунікації з пацієнтами кардіологічного профілю.

Актуальність даної роботи визначається і тим, що навчання лікарів даного профілю не може зводитися тільки до традиційних форм і пасивного засвоєння знань. В програму навчання і підготовку лікарів, що на сьогоднішній день побудовані з урахуванням Директив Європейського союзу щодо професійних кваліфікацій, повинні активно впроваджуватися нові методи, в тому числі досягнення практичної психології. Але теоретична невирішеність питання про роль комунікації медичних працівників з пацієнтами, особливо кардіологічного профілю, сприяє стримуванню навчання цим навичкам в процесі професійної підготовки лікарів. У свою чергу, оптимізація комунікації лікаря і пацієнта дозволить поліпшити якість медичної допомоги. Тому дослідження комунікації медичних працівників з пацієнтами є актуальним, а виявлення психологічних детермінантів, до яких відносяться

комунікації у діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю є практично затребуваним предметом вивчення медичної психології.

Недостатня розробленість проблеми, її актуальність зумовили вибір теми дослідження: *«Особливості комунікації медичних працівників з пацієнтами кардіологічного профілю»*.

Зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами.

Тема дослідження входила до тематичних планів досліджень лабораторії психології навчання ім. І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України «Діяльнісна самореалізація особистості в освітньому просторі» (державний реєстраційний номер 0114U000602, 2014–2017 рр.) та «Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми» (державний реєстраційний номер 0118U003098, 2018 – 2020 рр.). Тема дисертації затверджена на засіданні вченої ради Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол №10 від 29.11.2018 р.) й узгоджена рішенням бюро Міжвідомчої ради з координації досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології в Україні (протокол № 1 від 30.01.2019 р.).

Об'єкт дослідження: особливості комунікації медичних працівників.

Предмет дослідження: особливості комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю в умовах стаціонарного лікування.

Мета дослідження виявити особливості комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю в умовах стаціонарного лікування та визначити шляхи підвищення її ефективності.

Гіпотеза полягає у припущенні того, що використання науково-обґрунтованої системи комунікативної компетентності підвищить ефективність комунікації в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.

Відповідно до вказаної мети та висунутого припущення були поставлені такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати основні теоретичні концепції та підходи до вивчення комунікації медичних працівників з пацієнтами, а саме лікарів-кардіологів в умовах стаціонарного лікування.
2. Обґрунтувати психодіагностичне забезпечення та організацію емпіричного дослідження.
3. Дослідити особливості комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю.
4. Розробити та експериментально апробувати комплексну програму з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю та дослідити результати її впливу.

Теоретико-методологічну основу дослідження складають загально-психологічні концепції діяльності, зокрема професійної (Л. Виготський, Г. Костюк, О. Леонт'єв, С. Максименко, С. Рубінштейн, В. Семиченко та ін.); психологічні особливості професіоналізації (Л. Бурлачук, І. Вітенко, Н. Пейсахов, К. Платонов, В. Ташликов, Л. Тилевич та ін.); виявлення емоційних переживань в генезі та перебігу психосоматичних захворювань (Ф. Александер, П. Анохін, П. Барт, Д. Боубі, В. Бройтінгам, У. Джеймс, Г. Енгель, С. В. Іванов, Г. В. Католик, У. Кенон, М. Кляйн, І. Коваль, В. Козирєв, Л. Крейслер, П. Крістіан, К. Ланге, А. Маклаков, К. Максименко, М. Малер, А. Мітчерліх, Н. Пезешкіан, М. Рад, Г. Сельє, П. Сіфнеоз, А. Смулевич, З. Фрейд, Т. Хамуленко, К. Хорні, М. Шур та ін.) і зокрема серцево-судинних (М. Вацек, Є. Гаврилова, Ф. Данбар, Ю. Зимін, І. Малкіна-Пих, Д. Мороз, М. Шантручек та ін.); теоретичні положення про розвиток професійно важливих якостей (О. Бондаренко, Н. Пов'якель, Н. Пророк, О. Саннікова, Н. Чепелєва та ін.) та деонтологію професійної діяльності медичного працівника (І. Гурвіч, Б. Карвасарський, С. Лібіх, В. Макаров, К. Максименко, В. Матвєєв, В. Оранський, К. Платонов, В. Ташликов, Й. Харді та ін.).

Методи дослідження. *теоретичні:* систематизація та узагальнення існуючих теоретичних підходів; *емпіричні:* методи констатувального та формувального експериментів, метод тестування з використанням стандартизованих психодіагностичних методик; методи *математико-статистичної обробки* емпіричних даних: описова статистика, непараметричні статистики для визначення статистично значимих внутрішньогрупових та міжгрупових відмінностей; *метод моделювання і якісного аналізу* для концептуальної візуалізації встановлених закономірностей та узагальненої інтерпретації емпіричних і математично-статистичних результатів.

У дослідженні використані методики: оцінка доброзичливості за шкалою Д. Кемпбелла; діагностика рівня емпатії І. Юсупова; тест В. Ряховського для визначення рівня комунікабельності; опитувальник А. Карпова для визначення рівня рефлексивності; експрес-діагностика стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна; методика діагностики загальної комунікативної толерантності В. Бойко.

Організація та експериментальна база дослідження. Науково-дослідницька робота включала чотири етапи.

Перший етап – орієнтовно-пошуковий (2017–2018 р.р.), передбачав розробку концепції роботи, визначення мети, завдань, підбір адекватних методів, здійснено вивчення стану розробки наукової проблеми на теоретичному та прикладному рівнях, планування програми дослідження.

На другому етапі – констатувальному (2018–2019 рр.) було проведене емпіричне дослідження особливостей комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю. Для цього було визначено бази дослідження, взята згода в медичних працівників на участь в експерименті та використання отриманих персональних даних для включення їх в статистичну вибірку на засадах деперсоніфікації та анонімності. Було визначено контрольну та експериментальну групу. Проведено первинну психодіагностику, визначено поточний рівень комунікаційної компетентності

в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю».

Третій етап – формувальний (2019–2020 рр.). Цей етап включав розробку та апробацію комплексної програми з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю. Із експериментальною групою були проведені навчальні заняття, бесіди. Наприкінці етапу були зроблені відповідні діагностичні зрізи як у контрольній, так і в експериментальній групах.

Четвертий етап – підсумковий (2020–2021 рр.), включав аналіз та інтерпретацію отриманого емпіричного масиву даних, визначено оцінку ефективності проведення розробленого нами комплексу занять, підбиття підсумків експерименту, відповідних висновків. Також цей етап передбачав здійснення апробації основних результатів дослідження на науково-практичних семінарах, міжвузівських, всеукраїнських та міжнародних конференціях.

Дослідження здійснювалось на базі лікувальних закладів м. Києва "Першого Київського медичного коледжу", в медико-психологічній практиці ТОВ «Науково-навчальний інститут професійної супервізії» та Української військово-медичної академії. Вибірку досліджуваних склали 73 лікар-кардіолога різних медичних закладів. З них було сформовано контрольну групу (далі КГ) у складі 26 осіб та експериментальну (відповідно, 47 осіб, ЕГ).

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечується: ретельним теоретичним аналізом наукових джерел та обґрунтуванням його результатів; використанням надійних статистичних методів, адекватних меті та завданням дослідження; поєднанням кількісного і якісного збору та аналізу отриманої інформації; застосуванням коректних методів математичної статистики та репрезентативністю вибірки.

Наукова новизна дослідження:

- *вперше розроблено і науково обґрунтовано модель розвитку комунікативної компетентності лікаря-кардіолога в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.*

- *визначено* особливості комунікації лікаря-кардіолога та пацієнтів кардіологічного профілю та виявлено, що думка пацієнтів про якість відповідної медичної допомоги значною мірою залежить від взаємодії лікаря та пацієнта.
- *визначено* шляхи підвищення комунікативної компетентності медичного працівника та розробка на цій основі комплексної програми з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю;
- *набули подальшого розвитку та узагальнення* знання з проблеми дослідження комунікації в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.

Практична значущість дослідження. Визначається її застосуванням у галузях медичної психології: – результати дисертаційного дослідження становлять теоретичне та практичне підґрунтя в практиці медичних психологів та медиків, що працюють з особами, що мають кардіологічні захворювання; – укладено та апробовано два комплекси: психодіагностичний – для емпіричного дослідження особливостей комунікації, та апробована програма з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю, які можуть використовуватись у клінічних умовах, а також при амбулаторній діагностиці та супроводі цілісно або ж окремими блоками; – теоретичні положення та практичні дослідження використовуються при підготовці та підвищенні кваліфікації медичних психологів через викладання курсів «Медична психологія», «Клінічна психологія».

Результати дослідження **впроваджено** в практику "Першого Київського медичного коледжу" на базі лікувальних закладів м. Києва (довідка № 93 від 16.04.2021 року); в медико-психологічну практику ТОВ «Науково-навчальний інститут професійної супервізії» (довідка № 4-08 від 22.05.2020 року); в практику Української військово-медичної академії (довідка №35 від

21.10.2019 р.); Національного університету «Острозька академія» (довідка № 086 від 02.04.2021 року).

Апробація результатів дослідження. Результати дисертаційного дослідження доповідалися на засіданнях лабораторії психології навчання імені І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (2014-2020 рр.) та міжнародних та всеукраїнських науково-практичних заходах: «Суспільні трансформації і безпека: людина, держава, соціум» (м. Львів, 2017 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психологія самосвідомості особистості», присвяченій 120-річчю видатного українського психолога Павла Романовича Чамати (м. Київ, 2018 р.); Всеукраїнській електронній конференції «Актуальні проблеми психолого-педагогічного супроводу та розвитку суб'єктів спортивної діяльності» (м. Київ, 2018 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні тенденції та фактори розвитку педагогічних та психологічних наук» (м. Київ, 2020 р.); III Міжнародній науково-практичній конференції «Модернізація та наукові дослідження: парадигма інноваційного розвитку суспільства і технологій» (м. Київ, 2020 р.), II Всеукраїнської конференції з міжнародною участю «Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми» (м. Київ, 2020 р.).

Особистий внесок здобувача. Розроблені автором наукові положення та одержані емпіричні дані є самостійним внеском у посібнику для студентів вищих навчальних закладів «Психічне здоров'я особистості», за загальною редакцією академіка С.Д. Максименка, а авторський внесок здобувача становить 23 % (у публікації п.п. 1.3.2, 1.4.4, 3.1.2).

Публікації. Зміст та результати дослідження відображено у 6 публікаціях, з яких 3 статі у наукових фахових виданнях України та 2 статті у фахових міжнародних виданнях та 1 колективному посібнику.

РОЗДІЛ I. НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ РОЗУМІННЯ КОМУНІКАЦІЇ В КОНТЕКСТІ КАРДІОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

У першому розділі дисертаційного дослідження розв'язано перше завдання. Воно полягає у проведенні аналізу основних теоретичних концепцій та підходів до вивчення комунікації в контексті психосоматичного підходу та зокрема в системі «лікар-кардіолог – пацієнт» та створенні теоретичної моделі розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.

1.1. Комунікація: поняття, структура та підходи у розумінні.

Кращі лікарі в усі часи розуміли величезне значення комунікації лікаря з пацієнтом і свідомо впливали на пацієнта в лікувальних цілях. Відомі психіатри ХІХ століття стверджували, що моральна сила переконання є найважливішою складовою частиною лікувального процесу (І. Дядьковський, Г. Захар'їн). У ХХ столітті над питаннями комунікації лікаря і пацієнта роздумували багато відомих дослідників (Н. Блохін, А. Лурія, Т. Чадов), які вважали, що в складному і багатогранному процесі спілкування виникають нові відносини між лікарем і пацієнтом [105].

Від уміння лікаря володіти словом, від рівня його мовної культури багато в чому залежить його професійна успішність. Нові стандарти медичної освіти передбачають обов'язкове володіння фахівцем сучасними комунікативними технологіями для академічної та професійної взаємодії [139].

Проблема комунікації стала однією з центральних тем, що активно обговорюються в сучасному суспільстві. Саме це обговорення, як правило, носить характер дослідження комунікації як феномена, що має певну будову та особливий механізм функціонування [53]. Не ставлячи під сумнів правомірність такого теоретичного підходу, вважаємо, що специфіку саме

психологічного ракурсу розгляду даної теми утворює дещо особливе, а саме: спроба дати відповідь на питання, чому проблема комунікації взагалі та проблема комунікації лікаря і пацієнта зокрема, стала сприйматися саме як проблема, що потребує теоретичного вирішення.

Особливого значення у професійній діяльності лікаря набуває професійна комунікація як взаємодія та обмін інформацією у всіх сферах людського буття. Медицина – одна з тих галузей, де вдала комунікація є надзвичайно важливою частиною роботи кожного з працівників.

Професійна комунікація – це процес взаємодії фахівців, спрямований на організацію та оптимізацію того чи іншого виду предметної діяльності в межах конкретної професії.

Питання щодо професійної комунікації лікаря в останній час викликає підвищений інтерес у фахівців різних професій: як педагогів, лінгвістів, психологів, соціологів, так і представників різних медичних спеціальностей.

На специфіку мовної взаємодії людей у різний час звертали увагу такі вчені, як Т. Винокур, Б. Головін, К. Горбачевич, Т. Матвєєва, І. Стерїїн та ін.

У 90-і роки ХХ століття активно формується напрям вивчення мовленнєвої взаємодії в межах конкретних соціальних і професійних спільнот (політичних, дипломатичних, адміністративних, економічних, наукових, педагогічних, юридичних, військових, спортивних і ін.). У зв'язку з цим слід зазначити роботи Е. Баженової, Е. Кожем'якіна, В. Карасика, Г. Ракітіна, Е. Чернявської, Є. Шейгал та ін. Проблеми мовної комунікації у сфері охорони здоров'я в різних аспектах висвітлювалися в роботах Л. Бейлінсон, В. Жури, І. Іванчук, С. Мішланової.

У даний час професійна комунікація стає предметом пильного вивчення фахівців різних галузей гуманітарного знання [91]. Це стосується і медичної професійної комунікації, яка ще не отримала належного наукового висвітлення, хоча саме мовне спілкування займає значну частину робочого часу лікаря та й від якості спілкування багато в чому залежить успіх лікування.

Сьогодні як ніколи представники медичної спільноти усвідомлюють важливість ефективної мовної взаємодії у своїй професійній діяльності.

У публікаціях лікарів загальної практики Н. Сідорова, Г. Губанова та ін. все частіше простежується думка про те, що цінність та затребуваність фахівців лікувальної справи безпосередньо залежить від їх комунікативних навичок, загальної і мовної культури, вміння спілкуватись з людьми. У лікаря, як правило, не вистачає часу на ґрунтовну розмову з пацієнтом – у цьому основна проблема медичного обслуговування населення [80].

Сучасні дослідження показали, що успіхи медичної практики залежать від багатьох показників, таких як психологічно адекватне сприйняття і розуміння лікарем хворого [20, 164].

Ефективність у більшій мірі залежить не тільки від правильно поставленого діагнозу лікарем, а й від згоди хворого слідувати плану терапії [157].

Відповідно до класифікації професій, запропонованої Е. Клімовим, медичні працівники є представниками соціономічного типу професій, у яких центральне місце посідають взаємні контакти з людьми [78]. Медична діяльність має специфічний характер, оскільки в центрі уваги постає особа, що має психічні та фізичні страждання, викликані хворобою. Відповідно, необхідно враховувати особливу чутливість, вразливість і порушену психічну стійкість пацієнта.

З'ясовано, що медична діяльність будується не тільки на знаннях анатомо-фізіологічних особливостей людського організму, а й передбачає певний психологічний вплив на людину, що ґрунтується не стільки на заборонах і приписах, скільки на знанні закономірностей людського спілкування.

Проблемою психології комунікації в медицині займалися такі дослідники, як А. Білібін, А. Винокур, Ж. Доссе, Б. Зимовський, Н. Коршунов, Л. Меремьянін, В. Менделєєвич, М. Мутафян, О. Парняков, О. Пишкін, М. Роговин, П. Сидоров, Л. Урванцев, О. Хараш, І. Харді, Н. Яльцева та ін. У

той же час вивчення проблеми спілкування пов'язане з низкою методологічних труднощів, зокрема, різною інтерпретацією понять, які використовуються з метою опису процесів спілкування, а також відмінностями в поясненні природи та сутності цього процесу. Розбіжності, як правило, стосуються можливості розуміння спілкування як діяльності. У вітчизняній науці є дві точки зору на поняття «спілкування»: спілкування як вид діяльності (Б. Ананьєєв, А. Леонтьєв) [9, 102] і спілкування як самостійний процес (Б. Ломов, А. Реан) [104, 141].

Процес спілкування, який підтримується потребами у спільній діяльності людей, здійснюється за схемою «суб'єкт-об'єкт». У сфері медицини є низка галузей, де саме дії визначають професіоналізм, наприклад, невідкладна допомога, хірургія та ін. Лікарі в даних випадках здійснюють діяльність, яку можна описати, оцінити, виміряти. Спеціальні контрольні служби можуть перевірити, чи відповідають дії медичного працівника стандартам і нормам професійної етики.

Лікувально-діагностичний процес розглядається як спільна діяльність лікаря і хворого [156]. Ефективність комунікації, яка тісно вплетена в контекст професійної діяльності медика, не може не позначатися на результатах цієї діяльності. Мюнхенським невропатологом О. Бумке в 1925 році було зазначено, «... що невміла бесіда лікаря може привести до того, що до соматичного захворювання приз'єднається психоневроз» [114, с. 105]. У деонтологічній літературі неодноразово наголошується, що ефективними ліками є сам лікар [28, 34, 45, 89, 152, 157, 168].

Спілкування між лікарем і пацієнтом можна розглядати як функціонально-рольове міжособистісне спілкування, яке протікає згідно з культурно обумовленими нормами і правилами виконання вимог цієї ролі. Формально рольове спілкування дозволяє лікарю залишатися в межах зовнішнього, поведінкового впливу, орієнтованого на вимоги, соціальні норми і статус та не вимагає глибокого взаєморозуміння. У той же час процес комунікації лікаря і пацієнта передбачає неформальне міжособистісне

спілкування, яке своєю метою ставить встановлення психологічного контакту і залученість медика у внутрішній світ пацієнта, в даному випадку в межах внутрішньої картини хвороби. Відчуження в стосунках між лікарем і хворим [76].

Термін «комунікація» (англ. – communication) походить від латинського *communicatio* – єдність, передача, з'єднання, повідомлення, що поєднується з дієсловом *communico* – роблю спільним, повідомляю, з'єдную, та є похідним від *communis* (лат.) – спільний [87, с. 19].

У тлумачному словнику української мови зазначено, що комунікація – це обмін інформацією, підтримання взаємних стосунків [32, с. 516]. У «Новітньому філософському словнику» за редакцією А. Грицанова поняття комунікації визначається як смисловий та ідеально-змістовний аспект соціальної взаємодії [122, с. 497]. У педагогічному словнику С. Гончаренка поняття комунікації пояснюється як «риса особистості, її здатність до спілкування з іншими людьми, товариськість, що формується в процесі життя й діяльності людини в соціальній групі» [44, с. 174].

Проаналізувавши праці зарубіжних науковців, Ю. Косенко зазначає, що комунікація – у широкому сенсі – соціальне поєднання індивідів за допомогою мови та знаків, установлення загальнозначущих наборів правил для різної цілеспрямованої діяльності. Комунікація є механізмом, за допомогою якого забезпечуються існування та розвиток людських взаємин, що охоплює всі «розумові символи», засоби їх передачі в просторі та збереження у часі. Науковці зазначають, що комунікація є специфічним обміном інформацією, процесом передачі емоційного й інтелектуального змісту [87, с. 22].

На думку Е. Гроссе, комунікація є акцією спілкування за допомогою знаків (мовних і немовних), що слугує меті передавання інформації незалежно від способу та намірів [194, с. 11]. Ф. Бацевич пояснює комунікацію як смисловий та ідеально-змістовий аспект соціальної взаємодії, обмін інформацією в різноманітних процесах спілкування [17, с. 28]. А. Батаршев стверджує, що комунікація є складним, багатоплановим процесом

встановлення і розвитку контактів між людьми. Цей процес створений потребами спільної діяльності та містить обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини [16, с. 98]. На думку американського теоретика комунікації У. Шрамма, «щоб зрозуміти процес людської комунікації, необхідно зрозуміти, як люди спілкуються між собою» [208, с. 17].

Доповнює це визначення М. Василик, зазначаючи, що комунікація є специфічним обміном інформацією, процесом передачі емоційного та інтелектуального змісту [30, с. 11].

На думку Н. Волкової, комунікація є двостороннім потоком інформації, де важливе місце займає якість передавання інформації, її зміст, повнота форми, що дає змогу не лише оперативно й правильно сформулювати уявлення про відповідну проблему, але й розробити її стратегію і тактику, визначити адекватні методи і засоби реалізації конкретних цілей. Ефективність комунікації залежить від зрозумілості, доступності інформації. Ціллю процесу комунікації між суб'єктами є досягнення взаєморозуміння, змістом є інтелектуальна, емоційна суть інформації [36, с. 242].

Відповідно до моделі Ю. Косенко, комунікація поділяється на наступні складові:

- комунікація – це процес встановлення і підтримання контактів між членами певної соціальної групи чи суспільства в цілому, зумовлений ситуацією й соціально-психологічними особливостями комунікаторів;
- комунікація відбувається на основі духовного, професійного або іншого єднання її учасників;
- комунікація відбувається у вигляді взаємопов'язаних інтелектуально-мисленнєвих та емоційно-вольових актів. Комунікація опосередковується мовою в часі й просторі, тобто у вигляді актів мовлення, актів сприймання, розуміння, що пов'язані з процесами збору фактів, їх зберігання, аналізу, переробки, оформлення, висловлення та при потребі поширення, сприймання і розуміння [87, с. 25].

У професійній діяльності лікаря мистецтво лікування полягає не лише в тому, щоб надати комплекс лікувальних послуг, але й у безпосередньому спілкуванні з пацієнтом.

Специфіка спілкування в процесі діяльності полягає у створенні можливості організації та координації діяльності її окремих учасників. У спілкуванні відбувається збагачення діяльності, розвиваються й утворюються нові зв'язки та стосунки між людьми [87, с. 14].

Так, метою діяльності лікаря є відданість інтересам пацієнта, максимальне використання наукових знань на користь пацієнта. Лікареві потрібно визначити засоби реалізації ефективного лікування, враховуючи загальне самопочуття пацієнта та причини виникнення хвороби. Привітність і приємний тон лікаря сприяють позитивній атмосфері під час спілкування з хворим. Таким чином, очевидним є те, що спілкування становить невід'ємну частину лікарської діяльності.

Професійна комунікація лікаря – це унікальний, специфічний вид трудової діяльності, успіх якої багато в чому залежить від комунікативної компетентності фахівця.

Поняття «компетенція» Н. Нечаєв трактує як «досконале знання своєї справи, сутності виконуваної роботи, складних зв'язків, явищ і процесів, можливих способів і засобів досягнення поставленої мети» [119, с. 4]. М. Головань пояснює термін «компетенція» як «певну норму, досягнення якої може свідчити про можливість правильного вирішення якого-небудь завдання [43, с. 2]. Компетентний фахівець, зокрема лікар, застосовує у своїй роботі саме ті стратегії, які здаються найрезультативнішими у процесі виконання поставлених завдань. За «Новим тлумачним словником української мови», термін «компетентний» визначено як такий, що має достатні знання в будь-якій галузі; з чим-небудь добре обізнаний; тямущий; який ґрунтується на знанні; кваліфікований [123, с. 250]. На думку Ю. Татур, компетентність є якістю, характеристикою особистості, що надає їй право вирішувати, висловлювати судження в певній галузі [155].

Комунікативна компетентність лікаря – це вміння вільно і грамотно спілкуватися з будь-яким пацієнтом, завжди проявляючи до нього поважне ставлення. Щоб надавати висококваліфіковану допомогу хворому, лікар-кардіолог повинен вміти чітко формулювати питання та відповіді, поводитись при спілкуванні з хворим природно, щиро, гнучко змінювати стратегії та тактики мовної поведінки, за необхідності використовувати різноманітні прийоми психологічного впливу на співрозмовника.

Комунікативна компетентність, загальна культура поведінки лікаря є найважливішими показниками його професіоналізму. Володіння нормами поведінки в аспекті культури мовлення і етики спілкування допомагає лікарю створити загальний комфортний стиль спілкування з пацієнтом, вибудувати з ним довірливу лінію взаємин, починаючи з першого прийому до заключних рекомендацій.

В арсеналі лікаря-кардіолога знаходяться такі комунікативні засоби, як демонстрація, доказ, роз'яснення, порівняльний аналіз, аргументація, факти, цифри, яскраві приклади. У разі необхідності лікар повинен швидко реагувати на контраргументи чи заперечення хворого, його критичний настрій, що часто характерно для осіб з хворобами серця.

Однак комунікативна практика лікаря не обмежується спілкуванням з пацієнтами, фахівцю в області лікувальної справи часто доводиться контактувати з колегами, медичним персоналом, починаючи від головного лікаря медичної установи до медичних сестер та санітарок, а також з родичами хворих [91].

Тобто успішне професійне спілкування лікаря обумовлено його залученістю в існуючу систему професійно-ділових і суспільних відносин.

У сфері лікувальної справи можна виділити п'ять типів взаємин, де по-різному проявляється комунікативна компетентність лікаря:

- 1) відносини лікаря з пацієнтами;
- 2) з родичами пацієнтів та їх оточенням;
- 3) з колегами;

4) з іншими вузькопрофільними фахівцями та представниками суміжних спеціальностей (соціальними працівниками, педагогами і т.п.);

5) з адміністрацією і посадовими особами лікувального закладу, з представниками державної влади та громадських організацій [90].

Традиційно професійна комунікація реалізується в трьох основних комунікативних формах: монологічній, діалогічній, полілогічній. В основі монологічної форми лежить висловлювання особистості як суб'єкта. Монологічною формою комунікації досвідчений лікар повинен володіти досконало, виявляючи свою мовну майстерність у лекціях, консультаціях, майстер-класах, презентаціях, переговорах, ділових бесідах. Але центральне місце в комунікативній практиці лікаря займає діалогічна форма спілкування. Саме в ній виявляється мовна майстерність фахівця, мистецтво його взаємодії з пацієнтом, що припускає взаємну активність учасників спілкування. Полілогічна форма комунікації в мовній практиці лікаря зустрічається відносно рідко і має, як правило, характер своєрідної боротьби за оволодіння комунікативною ініціативою.

Загальна комунікативна практика лікаря надає можливість використання різних комунікативних засобів (вербальних і невербальних), прийомів, методик, технологій і форм впливу на оточуючих [14].

Досвідчений фахівець завжди діє відповідно до ситуації спілкування, звертаючись при цьому до різних форм комунікативного впливу, головною з яких є форма переконання.

На ефективність професійної комунікації впливають також особистісні особливості учасників розмови. У ситуації спілкування в системі «лікар – пацієнт» фахівець обирає певний стиль, манеру поведінки, загальний малюнок промови, поважний тон бесіди в залежності від психотипу партнера, його фізіологічного стану та емоційного настрою. До уваги також приймаються інтелектуальні особливості пацієнта, його ерудиція, професійна приналежність, лексикон, мовна культура, вміння слухати і висловлювати свої думки.

Таким чином, комунікативна компетентність лікаря є необхідною умовою його успішної професійної діяльності. Комунікативна компетентність передбачає глибоке знання особливостей комунікативного процесу, його функцій, форм, видів і типів, умов протікання, набору використовуваних вербальних та невербальних засобів спілкування.

У ХХ столітті медична діяльність регламентується двома формами соціального регулювання – мораллю і правом. Принципова відмінність цих двох підходів полягає в тому, що правове регулювання реалізується через нормативні акти, в той час як моральне здійснюється на рівні індивідуальної моральної, – відноситься безпосередньо не до зовнішньої реалізації добра, а до її внутрішнього існування в серці людському» [93]. Така локалізація моральних вимог передбачає вільне і добровільне їх виконання, навпаки, вимоги правові допускають як прямий, так і непрямий примус.

Лікар у певних ситуаціях опиняється перед вибором, чинити відповідно до закону, дотримуючись концепції автономії особистості, або по совісті, полегшуючи страждання, піклуючись про благо пацієнта, самотійно визначаючи, в чому полягає це благо.

Якщо лікар не обмежується в своїй діяльності механічним виконанням законів, але прагне до виконання свого обов'язку добровільно і осмислено, то освоєння реальності морально-етичного знання означає для нього рішення одним із завдань вдосконалення в професіоналізмі.

Сучасні дослідження свідчать, що «індивіди і культури не надто глибоко різняться щодо того, що вони вважають кінцевими етичними цінностями» [93]. До етичних цінностей відносяться: милосердя, турбота, співчуття, врятування життя. Разом з тим, саме вони є центральними і визначальними для професійної лікарської або медичної моралі. Незалежно від того, на якому континенті працює лікар або в якій країні живе пацієнт, незважаючи на існуючі часові та просторові межі, всупереч культурно-національним відмінностям між людьми, цінності життя і милосердя приймаються практично усіма лікарями та пацієнтами.

У зв'язку з цим професійно значущою якістю медичного працівника є комунікативна толерантність – терпимість, поблажливість і ін. Комунікативна толерантність показує, в якому ступені лікар переносить суб'єктивно небажані, неприйнятні для нього індивідуальні особливості пацієнтів, негативні якості, осуджені вчинки, звички, чужі стилі поведінки і стереотипи мислення.

Таким чином, до принципів особливостей професійної лікарської моралі відноситься її універсальний або загальний характер. Лікарську мораль можна визначити як систему зобов'язань, яку приймає і виконує лікар, надаючи допомогу. Поведінка лікаря і з точки зору її внутрішніх сутнісних устремлінь, і з точки зору її зовнішніх вчинків повинна мотивуватись інтересами і благом пацієнта. «В який би дім я не зайшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далекий від усього навмисного, несправедливого і згубного», – писав Гіппократ [42]. Практичне ставлення лікаря до хворого та здорової людини з самого початку орієнтоване на турботу, допомогу, підтримку та є основною рисою лікарського професіоналізму. Гіппократ справедливо зазначав безпосередню залежність між людяністю і результативністю професійної діяльності лікаря. «Де любов до людей, – писав Гіппократ, – там і любов до свого мистецтва» [42]. У цьому контексті вміння підпорядкувати себе інтересам хворого, милосердя і самовідданість слід розглядати не тільки як властивості особистості лікаря, а й свідчення його професіоналізму.

У процесі історичного розвитку відбувалося руйнування тісного взаємозв'язку між моральними зобов'язаннями, моральними цінностями лікаря і безпосередньо медичною практикою.

Особливе значення при формуванні морально-етичного усвідомлення лікарської діяльності мала християнська етика. Християнська моральна доктрина існувала й існує як багатовікова традиція релігійно-етичного тлумачення Одкровення. «Ключем» до християнської етики можна розглядати слова, з яких Августин Блаженний починає свою «Сповідь»: «... Не знає

спокою серце наше, поки не заспокоїться в Тобі» [68]. У християнстві «міра» моральності дана або відкрита кожній людині в Біблійному Одкровенні і в «моральному законі всередині нас». «Моральний закон всередині нас» стає визначальною підставою для здійснення медичної діяльності, перш за все, «етикою відповідальності» лікаря, дослідника перед людиною і за людину і розуміється як визначальний орієнтир у професійній діяльності [201].

Православ'я, будучи історично і логічно першим християнським віровченням, сформувало традицію онтологічного розуміння моральності. Саме тому моральні цінності і перша з них – любов до Бога і ближнього – не тільки бажана норма поведінки. Це – норма чи принцип буття, або закон «влаштування світу», без дотримання якого розпадається «зв'язок часів» і смислів людського життя. СENS людського життя в християнській етиці безпосередньо пов'язаний зі служінням ближньому. У зв'язку з цим лікування як соціальна практика – одна з унікальних людських професій, сENS і призначення якої максимально збігається з християнськими цінностями [2, 69, 201].

Наскільки різні визначення поняттю комунікації не пропонувалися б, в загальному вигляді можна говорити про те, що комунікація є спілкування партнерів, що обмінюються інформацією, яка повинна бути експлікована так, щоб сENS її міг бути ідентифікований співрозмовником і міг стати предметом обговорення, тобто зустрічних питань і відповідей. Проблема комунікації лікарів і пацієнтів у наш час виникла через те, що зникло «партнерство» при їх спілкуванні.

Таким чином, пацієнт у деяких формах медичної діяльності виправдано виявляється в ролі об'єкта спілкування. Однак у більшості ситуацій лікування хворий повинен бути суб'єктом спілкування. Це психологічна вимога, на жаль, часто не дотримується. Зарубіжними дослідниками було проведено опитування хворих після лікарського обходу, який свідчить про те, що пацієнти мало отримують корисну для себе інформацію і їм складно зрозуміти приписи лікаря [183]. Тут йдеться про модель спілкування «суб'єкт-об'єкт».

За даними А. Реана, Я. Коломинського, «маніпулятивне» спілкування по суті будується за діяльнісною схемою, і за своєю суттю спілкуванням не являється [141].

Медична діяльність у більшій мірі відповідає психологічній моделі спілкування за схемою «суб'єкт – суб'єкт», у якій спілкування розглядається як основна потреба людини. Наприклад, пацієнтові необхідно поділитися своїм горем, радістю, а у лікаря виникає необхідність свої візуальні і пальпаторні дані підтвердити через спілкування з пацієнтом. Блокування або обмеження лікарем потреби пацієнта в спілкуванні може сприяти виникненню важких стресових ситуацій. «Суб'єктний тип відносин – така форма взаємодії медперсоналу з пацієнтом, в якій відбивається і шанобливо враховується його особистісна реальність, тобто соціальний, соматичний і психічний статус, потреби й інтереси, бажання і мотиви, настрої і заклопотаність здоров'ям, а також право отримувати необхідну допомогу, підтримку та інформацію» [23, с. 9].

У професії типу «людина-людина» інтерв'ю є одним з методів практичної діяльності. Предмет інтерв'ю в практичній діяльності лікаря, на думку Г. Абрамової, – виявлення змін внутрішньої картини здоров'я та внутрішньої картини хвороби; мета інтерв'ю – визначення динаміки внутрішньої картини захворювання [1].

У кінці XIX століття З. Фрейд розкриває лібідонозний характер взаємин лікаря і пацієнта. Його поняття «трансфер» і «контртрансфер» є засобом теоретичного осмислення складних міжособистісних відносин між лікарем і пацієнтом у психотерапевтичній практиці. З одного боку, З. Фрейд констатує «цілющий» характер особистої включеності лікаря в лікувальний процес. Із іншого – говорить про необхідність її максимальної деперсоналізації (з боку лікаря), зокрема, і як засобу психоемоційного захисту лікаря, працюючого, як правило, одночасно з декількома пацієнтами [82].

Умовою і засобом досягнення деперсоналізації є етичність поведінки лікаря. З. Фрейд вважав, діяльність лікаря будь-якого фаху включає в себе

психотерапевтичний компонент [174]. Йдеться не тільки про «бездоганність» як теоретично вивірену стратегію терапевтичної поведінки, що ґрунтується і на особливостях природи лікувальної діяльності, і на сутнісних принципах людського життя, а й про «бездоганність» як майже механічну точність відповідності поведінки лікаря тим чи іншим нормативам етичним вимогам.

Ці вимоги спрямовані у більшій мірі до пацієнта, щоб гарантувати дотримання договірних відносин, які набувають світського характеру. Божественна любов замінюється лібідом, маніпуляція знову спрямована на несвідоме, але влада лікаря над хворим зберігається як вплив, а не пряме підпорядкування.

У сучасній медицині йдеться вже не тільки про «допомогу хворому», а й про можливість управління процесами патології, зачаття і вмирання з досить проблематичними «фізичними» і «метафізичними» (моральними) наслідками цього для людської популяції в цілому.

Медицина, яка працює сьогодні на молекулярному рівні, все більше стає «прогностичною». Французький імунолог і генетик Ж. Доссе вважає, що прогностична медицина «допоможе зробити життя довгим і щасливим». Але тільки одне «але», з точки зору Ж. Доссе, стоїть на шляху цієї світлої перспективи. Це – «особа або група осіб, рухомих жагою влади і нерідко заражених тоталітарною ідеологією» [57].

У XX столітті основним моральним принципом стає принцип поваги прав і гідності людини. Під впливом цього принципу змінюється основне питання медичної етики, тобто питання про ставлення лікаря і пацієнта. Якщо патерналізм працював на «первинності» авторитету лікаря, то в даний час гостро стоїть питання про участь хворого в прийнятті лікарського рішення. Даний підхід створює низку нових моделей взаємин лікаря і пацієнта. Серед них – інформаційна, дорадча, інтерпретаційні, кожна з яких є своєрідною формою захисту прав і гідності людини [57].

Таким чином, все вищесказане пов'язано з принципово новим підходом до вивчення проблеми спілкування в медицині. Специфіка комунікації

медичного працівника полягає в тому, що спілкування відбувається у двох основних його формах – в одному випадку це засіб організації діяльності, в іншому – задоволення потреби людини в живому контакті. Такий погляд на спілкування висловив В. Знаков [63]. Категорія спілкування в медичній практиці розглядається як форма діяльності і одночасно як відображення специфічної потреби людини в контакті з іншими людьми. Можна відзначити, що психологічний вплив, що розгортається як суб'єкт-об'єктне, призводить до результатів у вигляді репродуктивних утворень. Навпаки, ефекти продуктивні творчо пов'язані з суб'єкт-суб'єктною формою спілкування. Як вважає А. Хараш, діалогічна тенденція для людини природна [167]. Реальне спілкування в медичній діяльності багатопланове. В якості провідного при цьому має виступає суб'єкт-суб'єктна форма впливу.

Більш того, процес спілкування в медицині виступає також процесом пізнання. На думку М. Балинта, скрупульозне вивчення психологічних особливостей пацієнтів може мати значення в освіті тих чи інших симптомів. Лікар у взаємодії з пацієнтом здійснює різні типи спілкування, а саме: ділове спілкування, виховний вплив, діагностична бесіда, інтимно-особистісне спілкування [12].

Вивчаючи сутність таких понять, як комунікація», «компетентність», «компетенція» та «комунікативна компетентність», «комунікативна толерантність» та узагальнюючи вважаємо, що комунікація є поняттям, яке характеризує обмін інформацією, встановлення, підтримання контактів між людьми та може відображати процес спілкування, що несе насамперед емоційний зв'язок між комунікантами. У свою чергу, процес спілкування переходить у професійну комунікацію, якщо становить процес взаєморозуміння в певній галузі, обмін інформацією між фахівцями цієї галузі. Комунікативна компетентність виступає однією з базових характеристик професійної компетентності фахівців медичного профілю.

1.2. Теоретичне підґрунтя дослідження комунікації в генезі та перебігу кардіологічних захворювань.

На особливості впливу стресових переживань на формування кардіологічних захворювань натрапляємо у дослідженнях Н. Алексеєва, М. Вацек, Є. Гаврилової, Ю. Зиміна, О. Хомської, М. Шантручек. У працях З. Гургенян, І. Ганеліної, В. Коростого, Е. Кудінова, Б. Михайлова, Л. Перетятко, І. Райцес, Г. Рольник, Г. Тарасова, Р. Томашива, М. Федак, С. Loffredo наголошується на психотравмуючому досвіді особистостей, що хворіють серцево-судинними захворюваннями. Невротизація, як особистісний чинник пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, описується у дослідженнях Ю. Губачева, Ю. Зиміна, І. Козлова, Г. Хомич, Д. Шапіро, Л. Щеглова.

Перші наукові психосоматичні дослідження як в контексті нозологічних психосоматичних захворювань, так і в контексті самого підходу (є значно ширшим за розуміння лише функціональних симптомів і є осмисленням будь-якої соматичної патології) пов'язані з психоаналізом. У межах психоаналізу психосоматична проблема досліджувалася такими послідовниками З. Фрейда, як Ф. Александер, Дж. Боубі, К. Бріш, М. Кляйн, Л. Крейслер, Л. Лекроном, М. Малер, К. Хорні, W. Bion, F. Dunbar, A. Mitscherlich, S. Schur, A. Freud.

У відділеннях кардіології лікарями-кардіологами здійснюється діагностика ЕКГ, УЗД серця, лікування або профілактики наступних захворювань:

- гіпертонії (хвороба гіпертонічна характеризується підвищеними показниками тиску та іншими симптомами), гіпертензії симптоматичної, порушення серцевої ритміки;
- ішемічних захворювань серця, різної тяжкості загостреннях інфарктів міокарда;
- різних типів кардіоміопатії (як наслідків запальних захворювань, дисгормональних порушень обміну речовин, так і наслідків інтоксикації);

При наявності проблем із серцем, судинами або підозрою на такі проблеми, лікар-кардіолог пропонує пацієнту обстеження повного комплексу серцево-судинних органів.

Кардіологічні порушення мають широкий спектр: гіпертонічна хвороба, ішемічною хворобою серця, гострий інфаркт міокарда, різноманітні види аритмічних проявів, вроджені і набуті вади серця і так далі.

Кардіологи все більшого значення надають психосоціальним факторам ризику та їх зв'язку з соматичними факторами. Втім, здавна відомі такі соматичні фактори ризику, як неправильне харчування, куріння, зловживання алкоголем, у яких проявляються особливості особистості [37].

Психосоматичний компонент характерний для наступних захворювань серцево-судинної системи:

- а) есенціальна артеріальна гіпертензія,
- б) ішемічна хвороба серця (ІХС);
- в) порушення серцевого ритму;
- г) серцевий невроз страху.

Психологічні характеристики цих пацієнтів, за дослідженнями Ф. Александера, Л. Дідковської, І. Малкіної-Пих, Н. Пезешкіана, мають такі особливості: високий рівень локусу контролю, вони схильні витіснити та пригнічувати свої емоційних переживання, мають страх виявити перед оточенням слабкість та вразливість [6, 33, 56, 108].

Особистості із проявами аритмії схильні до того, щоб наполегливо захищати свій емоційний світ. Вони не є конфліктними, уникають відкритої боротьби та суперечок, раціоналізуючи свою поведінку.

Психологічними характеристиками пацієнтів із кардіофобією є гіперсенситивні переживання та конфлікти з латентно базовим прагненням до відчуття безпеки. Вегетативна нервова система перебуває у безпосередньому зв'язку із функціонуванням серця, віддзеркалюючи динаміку емоційних переживань та станів особистості через виділення адреналіну, а хвилювання та конфлікти, як наслідок, призводять до підвищення артеріального тиску,

частоти серцевих скорочень, до дискомфортних відчуттів у функціонуванні серця.

За дослідженнями В. Симонова, переживання надлишку радісних емоцій у хворих може спричиняти повторні загострення захворювання, оскільки, з огляду на біологічне розуміння емоцій, немає явної диференціації між «негативними» та «позитивними», при сильних емоціях серце фізіологічно однотипно відреагує як любов і радість, так і гнів, злість та страх. Існує взаємно динамічний зв'язок між страхом, що пришвидшує серцебиття та провокує серцевий спазм, і, навпаки, спазм, змінюючи серцевий ритм, може викликати страх [148].

Особистостям із цією нозологією в контексті психосоматичного підходу притаманний страх перед розчаруванням. Переживання страху має тенденцію розширюватися та заповнювати інші сфери життя особистості та переходити у песимістичні та депресивні реагування (М. Долженко, В. Живанова, Р. Оганов, Г. Погосова, Ф. Риман, С. Шальнова, К. Luysckx, J. Rassart, E. Goossens, S. Apers, L. Oris, P. Moons) [21]. Емоційний стрес як причину виникнення психосоматичних кардіофобії досліджує Т. Даниленко [51].

Есенціальна гіпертензія – стійке підвищення артеріального тиску. Симптомами захворювання є нав'язливі головні болі, метеозалежність, серцевий біль, гіподинамія, відчуття шумів, погіршення зору, тахікардія, слабкість, пітливість, нудота, відчуття тремору, набряки, почервоніння обличчя [18, 154, 169].

Особистісні властивості пацієнтів із артеріальною гіпертензією характеризуються станом хронічного збудження, психоемоційного напруження та дистресу. Причиною ситуативного підвищення артеріального тиску, як правило, є тривалі стани страху, часові обмеження, що провокують наростання напруження. Хворими нівелюються можливості вияву негативних емоційних переживань, зокрема ворожості та агресивності.

Різновекторні експериментальні дослідження (І. Малкіна-Пих, В. Кеннон, С. Гургенян) засвідчують, що природнім наслідком відреагування

страху, гніву й озлобленості є підвищення артеріального тиску, а стійке емоційне перенапруження може призводити до хронічної гіпертонії [50, 77, 108].

Так, Cocher (1971), Groen і співавт. (1971), Angermeier і Peters (1973), Cannon (1953) і Remdell і співавт. (1971) у своїх дослідженнях показали, що при страху, гніві та озлобленості, підвищується тиск, а хронічне емоційне перенапруження може призводити до стійкої гіпертензії. На думку Battegay і співавт. (1984), на сьогоднішній день доведеною є точка зору, що у гіпертоніків спостерігається пов'язана зі страхом хронічна агресія.

Дослідження К. Czubalski підтверджують, що тенденція до підвищеного артеріального тиску часто поведінково «успадковується», або «переймається» [188].

У дослідженнях Н. Батанової, Е. Ейдемільера, Д. Ісаєва, М. Кляйн, В. Ю'рєва, В. Юстицкого, сім'я розглядається як клінічна цілісність у контексті системно-симптомного трактування захворювання гіпертонія є результатом динаміки стосунків у сім'ї [15].

Експериментальні дослідження засвідчують, що гіпертоніки є емоційно надчутливими до ситуацій, у яких нормотоніки залишаються у стані спокою (А. Іпатов, А. Сыркин, А. Вейн).

За дослідженнями Ф. Александера, ключовим модусом психодинаміки пацієнта з есенціальною гіпертонією є переживання внутрішньої боротьби з наростаючими ворожо-агресивними почуттями, значною мірою через проблему самоствердження [6]. На тепер за різними дослідженнями не діагностовано єдиної особистісної структури для всіх хворих на артеріальну гіпертонією. Вважаємо, що це зумовлено тим, що є різновекторні психосоматичні причини виникнення захворювання та соматичне обтяження.

Вегето-судинна дистонія (соматоформна вегетативна дисфункція або нейроцекулярна дистонія) є симптомокомплексом, що характеризує вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи. Вегето-судинна дистонія не є самостійним захворюванням, цей діагноз може свідчити про захворювання

ендокринної системи, центральної нервової системи, розлад кровообігу, серцеві ураження, стреси та психічні дисфункції. Клінічні прояви вегето-судинна дистонія є дуже різноманітними і виявляються такими симптомами, як порушення в системі дихання (прояви бронхіальної астми), постійне, дискомфортне відчуття жару або холоду, аритмія, пригнічений головний біль та біль в області шиї, відчуття затерпання кінцівок, запаморочення, погіршення пам'яті та розконцентрованість уваги, загальна фізична слабкість та швидка втомлюваність, дратівливість, гіперчутливість шкіри до незначних механічних подразників, поверхневий сон [55, 181].

Особистісними характеристиками пацієнтів із вегето-судинною дистонією, за дослідженнями Т. Даниленко, І. Мітюєва, Н. Пезешкіана, Ю. Поліщук, М. Хайтович, О. Хомської, Т. Хомуленко, М. Шантрчук, є нездатність прийняти ситуацію, в якій знаходишся. На думку таких дослідників, як Ю. Губачев, Ю. Зимін, вегето-судинна дистонія є відреагуванням на ситуацію чи певний кардинальний поворот у житті особистості, що стрімко змінив її життя [49, 62].

Проблема співвідношення серцево-судинних захворювань і психічних розладів особистості привертає увагу дослідників – як медичних наук, так і психології – впродовж багатьох років. Основою для цього є частота серцево-судинних захворювань, складова від 20,5 до 75%, за дослідженнями Н. Білокінь, М. Самібаєва, з достатньо високою, за даними І. Брязгунова і Ш. Рузметової, спостережуваністю артеріальної гіпотензії (від 2 до 20%) і гіпертензії (від 4 до 14%), а також ступеня враженості вегетативно-судинних порушень, інколи з пароксизмальним тривожними та фобійними проявами цього виду соматичної патології [26].

Зазвичай при серцево-судинних психосоматичних захворюваннях пацієнти скаржаться на короткочасний біль чи дискомфорт в області серця (серцеву неврастенію), з відчуттям порушення серцевого ритму зміни частоти серцебиття (частіше пришвидшення, рідше уповільнення), коливання артеріального тиску, ці симптоми, як правило, свідчать про полісистемність

психосоматичних розладів, при аналізі яких в осіб, серед перенесених в цілому захворювань, спостерігаються і серцево-судинні деструкції. Психосоматичну єдність досліджують такі науковці, як Г. Аммон, У. Бауманн, Е. Блейлер. Доказово у своїх працях В. Бехтерев підтвердив можливість виникнення соматичних розладів під впливом психічних змін, більш того, він, як і І. Сеченов, був переконаний, що в наукове визначення організму входить середовище, що впливає на нього [19].

Г. Айзенк у лекції, яку він читав в 1993 р в Першому МГМУ ім. І. Сеченова, розповідав про результати своїх лонгітюдних досліджень: людина, схильна до ІХС є чутливою до стресових ситуацій, зазвичай реагує на них спалахами люті, агресії [3].

Група американських фахівців (1982) дійшла до висновку, що приблизно половина смертей обумовлена нездоровим способом життя, близько 20% – факторами зовнішнього середовища, 20% – біологічними факторами і 10% – недосконалістю охорони здоров'я.

У доповіді головного лікаря служби охорони здоров'я США «Здорова нація» наведено дані про те, що 50% смертності від 10 найважливіших її причин в США обумовлені способом життя. В останні десятиліття основними причинами смертності стали хвороби (серед них – інфаркт міокарда), в яких важливу роль відіграє поведінка.

З'ясовано, що одні види поведінки наближають людину до здоров'я (здорова поведінка, здорові звички та ін.), інші – віддаляють від нього (саморуйнівна поведінка).

Про моделі поведінки А і Б вперше стало відомо в 50-х рр. минулого століття, завдяки двом кардіологам – Мейеру Фрідману (Meyer Friedman) і Рею Розенману (Ray Rosenman). Вони встановили, що притаманні людині поведінкові патерни можуть внести істотний внесок у розвиток серйозних захворювань. Встановлено, що поведінка пацієнтів із серцевою недостатністю відрізняється від поведінки здорових людей. Два кардіологи розробили модель або набір характеристик для визначення спостереження моделі поведінки, яка,

на їхню думку, пов'язана з підвищеним рівнем холестерину, з коронарною недостатністю (далі КН). Ця модель, названа моделлю А, включає наступні характеристики:

- постійне інтенсивне прагнення до досягнення поставленої мети;
- сильне прагнення і готовність до змагання в будь-якій ситуації;
- постійне бажання бути визнаним та успішним;
- постійна участь у різних заходах, у яких існує «ліміт часу»;
- виняткова розумова й фізична готовність до дії.

Пізніше був розроблений другий набір характерних ознак, названих моделлю Б, що протиставлялась моделі А. Модель А мала відсутність напруги, амбіцій, почуття нестачі часу, бажання змагатися. Для проведення дослідження були знайдені досліджувані, які підходили під опис моделей А і Б. Відібрані групи складалися з працівників та керівників різного рівня чоловічої статі. У кожній групі складалась з 83 осіб, середній вік у групі А – 45 років, у групі Б – 43 роки. Всім досліджуваним запропонували кілька тестів відповідно до мети дослідження. Всіх просили записувати протягом тижня у свій щоденник все, що вони їли і пили. У кожного був узятий аналіз крові для вимірювання рівня холестерину і часу його згортання.

Випадки виникнення проблем у серцево-судинній системі виявлялися в процесі скрупульозних розпитувань, а також за допомогою стандартної електрокардіограми, яка розшифровувалась Розенманом та незалежним кардіологом, який не брав участі в дослідженні. Була також проведена перевірка стану очей і визначено кількість випробовуваних з *arcus senilis* (утворення мутного кільця навколо рогової оболонки очей, що викликана розщепленням жирових відкладень у кровотоку). У досліджуваних групи А був значно вищим рівень холестерину та відзначено в середньому в 3 рази більше випадків захворювання *arcus senilis*. Виявлено також істотна відмінність за кількістю випадків КН у двох групах (в групі А таких 28%, а в групі Б – 4%). Автори зробили висновок, що поведінкова модель у групі А стала головною причиною КН і пов'язаних із нею порушень кровотоку.

У процесі стаціонарного лікування гарна мова лікаря дозволяє встановити тісний контакт із такою групою пацієнтів, правильно діагностувати захворювання, переконати пройти необхідний курс лікування, строго дотримуючись при цьому всіх порад і приписів.

Володіння комунікативними навичками є необхідною умовою успішної професійної діяльності лікаря. Лікар, що вміло володіє комунікативними навичками, створює комфортне для пацієнта середовище спілкування, забезпечуючи тим самим середовище довіри.

Найважливішою складовою професійної комунікації лікаря є опора на певний тип мовної культури і творче використання в ній системних можливостей мови [14].

Якщо розглядати аспекти взаємини лікаря і пацієнта з точки зору лікарської орієнтації і практичного стилю, то можна виокремити два стилі взаємодії лікаря з хворим: лікарсько-центрований та пацієнт-центрований [210]. Відповідно, під першим стилем розуміється орієнтація лікаря на біологічні аспекти патогенезу хвороби, при другому – погляд на причину захворювання розширено і включає психосоматичні аспекти захворювання.

У вітчизняній літературі стилі комунікації в діаді «лікар – пацієнт» представлені як домінування і партнерство [84].

В іноземній літературі виділяються чотири типи взаємодії лікаря і пацієнта:

- 1) патерналістська взаємодія,
- 2) співпраця,
- 3) споживчий взаємозв'язок,
- 4) дефолт (a relationship of default) [210].

Усі типи взаємодії лікар – пацієнт взаємопов'язані виразністю лікарського контролю. Такі типи взаємодії, як патерналістичний і довірливий супроводжуються високим лікарським контролем комунікації. Взаємодія типу a relationship of default і споживчий супроводжується низьким контролем комунікації.

Відомий американський психолог у галузі психології професійної діяльності Р. Віч (США) виділяє такі моделі взаємодії лікаря та пацієнта [217]:

1. Модель технічного типу. Пацієнт є несправним механізмом, який потребує вдосконалення. У даній моделі взаємовідносин кожна сторона виконує свої функції, які визначені певним кодексом (клятвою Гіппократа тощо). Лікар поводить себе як вчений-прикладник, який має діяти неупереджено, не враховуючи індивідуальних особливостей кожної ситуації.

2. Модель сакрального типу, коли авторитет лікаря впливає на пацієнта, навіть пригнічує його; за Р. Нільсоном, кабінет лікаря несе для пацієнта деяку ауру святості, а пацієнт сприймає лікаря як Бога. У класичній літературі з медичної психології для аналогії таких взаємовідносин «лікар – пацієнт» нерідко вживаються образи батька та дитини. Хоча група медиків і може затвердити цей принцип як принцип професійної моралі, в суспільстві існує значно більше моральних норм. Якщо група медиків приймає одну норму (можливість спровокованого абортів при загрозі появи розумово відсталої дитини), а суспільство при цих же обставинах – іншу, то лікар мусить вирішити, доєднатися йому чи до норм професійної групи, чи до норм суспільних прошарків.

3. Модель колегіального типу характеризується співпрацею лікаря та пацієнта як двох повноцінних партнерів. Дана модель вважається найперспективнішою і відповідає європейським критеріям, тому ми проаналізуємо її нижче.

4. Модель контрактного типу побудована на угоді між двома сторонами, в якій оговорюється, які функції, права та обов'язки несе кожна із сторін. Пацієнт є проінформованим про всі етапи свого лікування. При переході пацієнт-орієнтованої системи відносин в охороні здоров'я (С. Єфименко) постає необхідність активізувати позитивну функцію конфлікту на основі колегіальної моделі відносин лікаря-пацієнта. Інші моделі (контрактна, технічна та сакральна) мають ризик негативного розвитку конфлікту.

Спеціаліст повинен мати мотивацію міжособистісної взаємодії з пацієнтом кардіологічного профілю, спрямовану на конструктивну взаємодію з метою одужання пацієнта, а також низку особистісних ціннісних орієнтацій: альтруїзм, низький рівень егоїстичності, доброзичливість, порядність, щирість, чесність, принциповість, толерантність. І лікар, і пацієнт контролюють свій емоційний стан, проте лікар усвідомлює, що захворювання може специфічно відбитися на емоційному стані пацієнта, і враховує ці особливості. Навіть якщо пацієнт намагається провокувати конфлікт через емоційну нестабільність, що притаманна даному типу пацієнтів, лікар має ухилятися від нього. Якості, які характеризують цей компонент, це емпатія, афіліація, емоційна стійкість (стабільність), емоційна чутливість тощо.

В англomовній літературі описані інші моделі комунікації лікаря і пацієнта. Так, наприклад, модель, яка розглядає природу взаємин лікаря і пацієнта з точки зору домовленості, має наступну структуру: автономія, егалітаризм, патерналізм, автократія [182]. У тому ж джерелі даються фази для сприятливого вирішення питання комунікації лікаря і пацієнта, а саме: установка взаємовідносин, формулювання проблем, оцінка (прояснення проблем), закінчення (лікування).

У межах діалогу лікаря з пацієнтами рекомендується виконувати модель «чотирьох E» (four Es): залучити в діалог (engage), співчувати (empathize), створювати (educate), зацікавлювати в лікуванні (enlist) [211]. R. J. Botelho підкреслює, що знання різних моделей взаємини лікар – пацієнт розширює діапазон тактик медичного працівника з урахуванням особистісних особливостей хворого [182].

В іноземній літературі описані моделі комунікації первинної медичної допомоги. З'ясовано, що існує п'ять таких моделей:

- 1) вузька біомедична (охоплює біомедичні питання 32% взаємодії «лікар – пацієнт» ведуться за даною схемою).
- 2) розширена біомедична модель (обговорюються як біомедичні, так і психосоматичні питання – 33%).

3) біопсихосоціальна (відображає певний баланс як медичних, так і психосоматичних питань – 20%).

4) психосоціальна (обговорюються психосоціальні питання – 8%).

5) споживча (пацієнт ставить запитання, а лікар на них відповідає – 8%) [180].

Дані того ж джерела свідчать, що задоволеність лікаря була найнижчою при використанні вузької біомедичної моделі і найвищою – в споживчій моделі, в той час як у пацієнта в більшій задоволеності виявилась психосоціальна модель [180].

В. Семиченко наголошує на поліфункціональності та багатогранності процесу спілкування, визначаючи такі його функції: контактну, інформаційну, спонукальну, координаційну, пізнавальну, емотивну, встановлення відносин, впливову. На думку В. Семиченко, у процесі реалізації таких функцій досягається поставлена мета та виробляються критерії ставлення до інших людей [146, с. 3–4].

Характерною особливістю професійного мовлення лікарів є те, що партнером у спілкуванні зазвичай є саме пацієнт. Суть моделі відносин «лікар–пацієнт» полягає в тому, що «лікар покликаний забезпечити компетентне медичне обслуговування хворого, засноване на співчутті та повазі людської гідності. Йому слід поважати права хворого та права своїх колег, іншого персоналу, бути правдивим і щирим у спілкуванні з ним» [117, с. 106].

Ефективність комутації лікаря з пацієнтом кардіологічного профілю безпосередньо залежить від уміння якомога точніше скласти не тільки соціальний, психофізіологічний, а й мовної портрет хворого. За мовною поведінкою хороший лікар в змозі визначити вік пацієнта, національність, освіту, професійну приналежність, соціальний статус, особливості інтелекту, ерудицію, емоційний стан в даний момент, деякі риси характеру та навіть мовні уподобання.

Отже, природа комунікативного процесу в порушеному контексті цікавить багатьох науковців. Так, Н. Волкова вважає, що під час

комунікативної взаємодії кожен з учасників виявляє, розкриває і розвиває власні психічні якості, формується як особистість і як суб'єкт комунікації та діяльності [36]. На думку Н. Костриці, фахове мовлення людини свідчить про її духовний, інтелектуальний розвиток, внутрішню культуру [88, с. 32].

Залежно від соціальних і когнітивних установок спектр особистісних реакцій на хворобу осіб кардіологічного профілю величезний: від повного її ігнорування до відходу в хворобу. З'ясовано, що розуміння самої ситуації комунікації лікаря і пацієнта різномітне. Це і визначає вибір мовної поведінки, особливості семантики і конотації в умовах ситуації комунікації. При усвідомленні лікарем всіх цих особливостей в допомогу хворому можуть стати, наприклад, психофармакологічні та психотерапевтичні методи впливу, особливо в соматичному аспекті лікування хворого. Але це все можливо лише при адекватній комунікації лікаря і пацієнта кардіологічного профілю, що діють в атмосфері відкритості, взаєморозуміння та взаємодопомоги.

Проаналізувавши наукову літературу з дослідження даного феномену, приходимо до висновку, що умовою ефективної комунікації в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю є процес їхнього взаємознання. Перцептивною стороною спілкування є процес сприймання один одного в даній системі та встановлення певного рівня взаєморозуміння. Психологічний зміст процесу комунікації розкривається через аналіз механізмів соціального пізнання, міжособистісної взаємодії, прийому-передачі інформації та психологічного впливу. В якості психологічної основи міжособистісної комунікації «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю виступає система цілей, очікувань, установок та знань комунікантів. У зв'язку з чим виникає та здійснюється комунікативний процес, що має певну структуру. В ситуації міжособистісної комунікації обмін інформації має низку особливостей. Різноманітність моделей комунікації лікаря і пацієнта кардіологічного профілю в іноземній літературі відображає спрямованість досліджень на пошук шляхів і засобів більш точного і ефективного донесення необхідної інформації до пацієнта. Так, в закордонній медицині незначну роль

при взаємодії медичного працівника з пацієнтом грають правові та нормативні аспекти. Нечисленні джерела вітчизняної літератури підкреслюють діадичний характер спілкування лікаря і пацієнта кардіологічного профілю, тим самим відбиваючи спрямованість досліджень на пошук шляхів адекватних і ефективних психологічних способів комунікації медичного працівника та даного пацієнта.

1.3. Комунікативні компетенції лікаря-кардіолога у вітчизняній та зарубіжній літературі.

Основу лікарської діяльності складають відносини «лікар – пацієнт», що представляють собою досить складне явище, що має професійний, морально-етичний, естетичний, юридичний та економічний компоненти.

У літературі, присвяченій деонтології медичної діяльності, постає образ лікаря-гуманіста, лікаря-мислителя, лікаря-вихователя [28, 29, 34, 48, 70, 134, 172]. Пріоритет по відношенню до всіх якостей, віддається моральному аспекту медичного працівника. Як пише Е. Вернадський, на здатність «... на отримання довіри від пацієнта впливає низка можливих ледь вловимих, фізичних та моральних якостей лікаря, абсолютно беззвітних з боку його здатності поводити себе» [34, с. 102].

«Міжособистісне спілкування – це специфічна форма контакту між людьми, що включає в себе взаємний обмін думками і почуттями з одночасним створенням загального фону цих думок і почуттів» [126, с. 85].

У літературі, присвяченій етичним проблемам медицини, значна увага приділяється емоційно-комунікативним аспектам медичної діяльності. А. Древаль зазначає, що «найважливішими психоемоційними якостями лікаря, що сприяють продуктивній бесіді з хворим, є доброзичливість, милосердя і терпимість» [58, с. 53].

У дослідженнях вітчизняних авторів, які використовували 16-факторний опитувальник Кетелла, було виявлено риси характеру лікаря, які сприяють дистанціюванню в діаді «лікар-кардіолог-хворий»:

1) Високі значення фактора В. Очевидно, великий інтелект та розвинене логічне мислення сприяють завищенню своєї самооцінки і створення почуття переваги;

2) Низькі значення G, що означає меншу сумісність, потяг до вигоди;

3) Високі значення фактора М – розвинену уяву, мрійність, деяка неухважність, незібраність;

4) Високі значення Q_i – вільнодумство, схильність до експериментування, орієнтованість завжди на радикальне рішення;

5) Високі значення фактора ($\frac{3}{4}$ – напруженість, заклопотаність, низькі енергетичні можливості, що призводять до втоми [72.].

Дослідження інших вітчизняних авторів свідчать про те, що «ідеальний образ лікаря» включає в себе наступні риси: емоційність – 82%, захопленість роботою – 71%, чесність – 65%, відкритість – 52%. Небажаними особистісними рисами для лікаря були: пасивність – 78%, владність – 63%, холодність – 46% [136].

К. Роджерс вважає, що такі якості, як здатність розуміти сенс поведінки клієнта і його почуття, чутливість по відношенню до клієнта, теплий інтерес до нього без якоїсь емоційної надмірної зацікавленості, сприяють встановленню комунікації між лікарем і хворим [144].

Професія лікаря вимагає також підвищеної уваги до розвитку власного мовлення майбутнього фахівця, вміння встановлювати та підтримувати контакт з колегами, пацієнтами та їхніми близькими. Мова лікаря має бути чіткою, зрозумілою та послідовною, з оптимальним доповненням жестами [117, 202].

Функції спілкування в діаді «лікар – пацієнт».

Функції	Шляхи реалізації функцій
---------	--------------------------

<i>Контактна</i>	Встановлення стану обопільної готовності приймати та передавати інформацію на рівні лікар – лікар, лікар – пацієнт, яка спрямована на підтримання взаємного зв'язку між суб'єктами професійної комунікації
<i>Інформаційна</i>	Обмін необхідною інформацією між лікарем, медичним персоналом і пацієнтом тощо
<i>Спонукальна</i>	Заохочення пацієнта або ж самого себе до виконання певних дій, що є важливими у лікувальній справі
<i>Координаційна</i>	Взаємне орієнтування й узгодження дій, коли йдеться про спільну діяльність медичних працівників
<i>Пізнавальна</i>	Адекватне сприйняття і розуміння сенсу повідомлення, а також взаємне розуміння між лікарем та пацієнтом (намірів, установок, переживань, станів)
<i>Емотивна</i>	Стимулювання у пацієнта необхідних емоційних переживань чи їхньої зміни за допомогою власного емоційного стану
<i>Встановлення відносин</i>	Усвідомлення й фіксування лікарем своєї ролі в системі професійно-ділових, міжособистісних зв'язків
<i>Впливова</i>	Зміна стану, поведінки, ціннісно-мотиваційної сфери пацієнта (намірів, поглядів, думок, рішень, потреб, норм поведінки)

Оскільки від майстерності спілкування та взаємодії лікаря з керівництвом, колективом, пацієнтами значною мірою залежить його професійна діяльність, відтак виникає нове поняття «професійна комунікація».

Як стверджує Г. Аксьонова, однією з важливих складових будь-якої професійної діяльності є професійна комунікація. У залежності від сфери діяльності, комунікація може займати до 90% робочого часу фахівця. Цінність та затребуваність фахівця на сучасному ринку праці великою мірою залежить і від наявності в нього грамотної усної та писемної мови, вміння спілкуватись та впливати на інших людей за допомогою слова [4, с. 126].

В останніх дослідженнях учених поєднуються професійна та ділова комунікації й застосовується цей термін до всіх форм спілкування і відносин

на робочому місці: як усних, так і документних, як безпосередніх, так і електронно-опосередкованих [30]. За визначенням Н. Орлової, даний термін пояснюється як «зумовлений професійно-виробничою ситуацією процес встановлення та підтримання контактів між фахівцями певної галузі на основі їх професійного єднання» [130, с. 301]. Поряд з цим, професійна комунікація характеризується певними ознаками: наявність комунікантів певної галузі, що професійно виконують свої обов'язки; володіння комунікантами понятійно-категоріальним апаратом їхньої сфери діяльності; спільна комунікативна сфера (наукова, виробнича, навчальна) [130, с. 299].

Завдання комунікації в системі «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю по-різному представлено у вітчизняній і зарубіжній літературі. В. Соложенкін виділяє наступні завдання комунікації в даній комунікації: інформаційна функція, спосіб подолання самотності, виклик про допомогу [152].

При інтерв'юванні хворого лікар-кардіолог орієнтується, на думку Г. Абрамової, на три головні цілі: встановлення контакту з хворим, діагностику хвороби, оцінку ефективності лікування [1].

Ефективність здійснення комунікативного процесу значною мірою забезпечується використанням вербальних (словесних) та невербальних засобів. Мовлення є одним із вербальних засобів комунікації. Відтак, варто детальніше розглянути класифікацію різновидів мовлення, що використовується у професійній діяльності лікаря (табл. 1.5 (адаптована за О. Ковальчук [41]).

Класифікація різновидів мовлення

Різновиди мовлення	Характеристика мовлення
ЗОВНІШНЄ (спілкування між людьми, що здійснюється за допомогою розмови або	<i>писемне</i> (процес спілкування з відсутнім співрозмовником за допомогою писемних текстів – ведення історії хвороб, медичних рекомендацій,
	<i>усне</i> (звукове мовлення, що сприймається іншими людьми за допомогою слуху):

різних технічних пристроїв)	<i>діалог</i> – (мовлення між двома чи кількома особами – бесіда на рівні лікар – лікар, лікар – медичний персонал, лікар – пацієнт)	<i>монолог</i> – (мовлення однієї людини у формі розповіді, лекції, коментаря, оцінних суджень – розмова лікаря з пацієнтом з висловленням
ВНУТРІШНЄ (мовлення, що спрямоване і звернене до себе; засіб внутрішньої підготовки до діяльності; механізм	Роздуми над медичними проблемами, що виникають у процесі вивчення медичних інновацій, аналізу стану хворого та результатів медичних досліджень.	

Професія лікаря-кардіолога потребує певних комунікативних умінь. Необхідними стають уміння вести діалог, полілог, дискутувати на професійні теми, виступати з повідомленням чи доповіддю, тощо. Зазначені вміння об'єднуються поняттям «комунікативна компетентність».

Сучасний лікар-кардіолог, концентруючи увагу на соціально-біологічній природі людини, його когнітивно-комунікативному потенціалі і, відповідно, на особливостях змін у період хвороби, зможе вже в ході першої бесіди «почути» симптоми хвороби. Існує класична формула Джона Локка: «*Nihil esse in intellectu quod pop fuerit prius in sensu*» (нічого немає в нашому розумі, чого не було б у нашому почутті) [103].

Фізичний план людини подає сигнали про будь-які відхилення від своєї індивідуальної норми через емоційний і лінгвістичний плани. Індивідуальна норма завжди конкретна і специфічна. Вона встановлюється згідно з тими умовами, в яких досліджується дана особистість. Умови можуть змінюватися в бік, наприклад, поліпшення матеріальних, побутових або виробничих факторів, і тоді, природньо, встановлюється нова індивідуальна норма. Це не може не враховуватися лікарем. Стан організму людини тісно пов'язаний з його соціальним життям, його антропологічними та психофізичними особливостями [103].

Комунікативні навички – це здатність людини взаємодіяти з людьми, адекватно інтерпретувати та передавати отриману інформацію. Комунікативні навички лікаря – це певний набір вербальних і невербальних способів конструктивного спілкування з пацієнтом і/або його родичами, колегами, офіційними представниками в конкретній клінічній ситуації.

Перелік основних комунікативних навичок, якими повинні оволодіти лікарі, зводиться до наступного:

1) встановлення першого контакту: з'ясування причин звернення до лікаря, продовження довірчого діалогу (ведення медичного інтерв'ю), оцінка пацієнта як комунікативного партнера, обговорення плану та результатів попереднього дослідження, майбутнього курсу лікування;

2) встановлення тривалого контакту з хворим: послідовне інформування пацієнта про результати проведених обстежень, аргументація призначень лікаря, переконання в необхідності їх суворого дотримання та вміння усувати неконструктивні заперечення з боку пацієнта;

3) підтримання офіційно-ввічливих стосунків із пацієнтом;

4) повідомлення «поганих новин» (пацієнту, родичам, довіреним особам); емпатична підтримка хворого;

5) спілкування з різними категоріями пацієнтів (діти, підлітки, люди літнього віку; агресивні, пацієнти з когнітивними порушеннями, пацієнти з прогресуючими важкими захворюваннями та ін.);

6) формулювання питань на основі знань клініки захворювання та індивідуальних особливостей пацієнта;

7) використання та інтерпретація невербальних знаків (жести, поза, міміка, погляд і т.д.);

8) активне слухання пацієнта;

9) колективна взаємодія в системі охорони здоров'я: знання адміністративної субординації, командна взаємодія з підлеглими, конструктивне, коректне, ділове спілкування з колегами, молодшим та середнім медичним персоналом;

10) публічні виступи в системі охорони здоров'я (проведення ранкових конференцій, обходів, виробничих нарад, консилиумів, майстер-класів, телемостів);

11) швидкого реагування в незапланованих і екстремальних ситуаціях.

Вважаємо, що комунікативні навички є невід'ємною частиною загальнокультурних компетенцій лікаря. Вони повинні щепитися випускникам медичних і фармацевтичних вузів на всіх етапах навчання (бакалаврат, спеціалитет, ординатура, аспірантура) [80, с. 51].

Відзначимо, що під комунікативними вміннями ми розуміємо сукупність знань і гнучких навичок, а також здібностей особистості, що забезпечують можливість саморозвитку, саморегуляції та самоконтролю у вирішенні спеціальних соціально-комунікативних завдань в умовах професійної діяльності.

Істотною ознакою, що відрізняє комунікативні вміння від низки інших, є те, що вони припускають можливість утілення знань у певні дії, в пошук оптимальних способів комунікації, в здатність виділити завдання професійного спілкування та намітити систему ефективного професійного спілкування.

На нашу думку, комунікативні вміння відрізняють більш складні способи виконання дій, підкріплені сукупністю набутих знань і навичок. З іншого боку, комунікативні вміння можна розглядати як певним чином потенціал для використання набутих знань і навичок у майбутніх діях відповідно до поставленої мети. Ступінь сформованості та рівень розвитку комунікативних умінь залежить від якостей особистості, від характеру і змісту професійних знань, навичок і досвіду.

Досягнення мети на кожному етапі комунікативної системи «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю забезпечується використанням сукупності комунікативних умінь.

Наявність сформованих комунікативних умінь виступає, на нашу думку, як один з основних показників підготовленості лікаря до даного виду діяльності.

У цьому контексті готовність лікаря-кардіолога до соціально-комунікативної діяльності зумовлюється наявністю наступних умінь: поєднувати раціональне і чуттєве у взаєминах з колегами, пацієнтами; слухати, розуміти, та за необхідності вміти застосовувати «переконуючі» методи; забезпечувати психологічну безпеку, підтримувати сприятливий психологічний клімат та творчу атмосферу в роботі; володіти оптимальним стилем спілкування.

Товариськість як найважливіша сторона характеру, за думкою Б. Ломова, «виробляється не стільки в ході спілкування, скільки в способі та спрямованості спілкування» [104].

Ґрунтуючись на дослідженні, проведеному В. Гавриповим, ми визначаємо наступні критерії товариськості як професійної якості:

- наявність інтересу до пацієнтів, колег;
- вміння розуміти почуття пацієнтів;
- комунікабельність і контактність;
- терпимість у спілкуванні.

Виділяються і професійно значущі якості, такі як стриманість, врівноваженість, доброзичливість, привітність. В. Гаврипов вважає дані якості як компонент структури комунікативних здібностей. Загальні комунікативні здібності – це модифікація основних рис і властивостей характеру людини: товариськість, уважність, спостережливість, чуйність, справедливість, стриманість. Дані комунікативні здібності повинні бути притаманні лікарю-кардіологу [40].

У цьому контексті цікавою та цінною нам видається думка відомого американського лікаря-кардіолога, винахідника дефібрилятора постійного струму й кардіовертера, професора Бернарда Лоуна (Лауна) щодо того, що лікар повинен вчитися не лише у своїх колег, а й у своїх пацієнтів:

«Пропрацювавши в медицині 45 років, я все ще відчуваю себе студентом... Але вчителі – не вчені, які навіюють страх, а звичайні пацієнти. Вони повідомляють мені про виникнення та розвиток хвороби. Вони розповідають мені про злети й падіння долі. Інші діляться зі мною своїми трагедіями, які відбуваються в житті майже кожного. Незначна кількість пацієнтів, немов комети, що близько пролітають, незворотно змінювала траєкторію мого життя – сильне гравітаційне цих особистостей скеровувало мій шлях на нову орбіту. Історії, що найбільше запам'яталися, пов'язані з хворобами, які потребували нетипових підходів, у результаті чого виникали тісні людські взаємовідносини й міцна дружба. Ці випадки спонукали мене напружувати мої сили та вчили мене: потрібні не книжні знання, а глибока особиста взаємодія з людиною» [100, с. 257].

Особливе місце серед комунікативних якостей особистості лікаря-кардіолога займає така якість, як емпатія (грец. співпереживання), що сприяє здійсненню і продовження спілкування та координації дій. Дана якість важлива, оскільки пов'язана з умінням розуміти людей, умінням сприймати «на льоту» почуття, що змінюються, вчинки та думки особи. У діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» комунікація має нерівностатусних характер: лікар-кардіолог займає лідируючу позицію по відношенню до пацієнта. Саме лікар визначає комунікативну стратегію своєї поведінки в залежності від особливостей конкретного хворого з серцевою патологією.

Найважливішою складовою професійної комунікації лікаря-кардіолога є опора на певну мовну культуру і творче використання в ній системних можливостей мови [91]. Прийнято виділяти три аспекти мовної культури: нормативний, власне комунікативний та етичний. Нормативний аспект являє собою мовну компетенцію особистості, тобто знання норм вживання мовних засобів та їх вірного застосування в процесі спілкування. Комунікативний аспект проявляється не тільки в правильності, але і в доцільності, точності висловлювання, логічності викладу, виразності, ясності та доступності мови.

Такий ракурс розгляду питання комунікації дозволяє припустити певну модель комунікативного налаштування лікаря-кардіолога в амбулаторному режимі роботи. Дана модель може містити наступні положення:

1. Доброзичливе ставлення до різного типу пацієнтів з соматичними проблемами, незалежно від особистісних особливостей, стану, морально-етичного вигляду і поведінки пацієнта;
2. Готовність слухати (емпатійне слухання);
3. Уміння розуміти іншу людину (здатність до емпатії);
4. Готовність надавати необхідну інформацію;
5. Ставлення до пацієнта як до зрілої особистості;
6. Уміння працювати як із самим пацієнтом, так і з його родичами.

Висунуті вимоги до комунікативної поведінки дають змогу констатувати, що лікар-кардіолог виступає як суб'єкт, що активно здійснює певне перетворення в людях, що так чи інакше, пов'язане з ним. А. Петровський зазначає: «При такому підході особистість розкривається як системна (соціальна) якість індивіда, а точніше як здатність зумовлювати зміни значимих аспектів індивідуальності інших людей, бути суб'єктом змін поведінки і свідомості оточуючих». ««Інобуття» індивіда в інших людях – це не статичний відбиток. Йдеться про активний процес, про певним чином «продовження себе в іншому» [138, с. 235].

Таким чином, у даній роботі комунікація лікаря-кардіолога має включати налаштування особистості на довірче спілкування з іншою особою. Саме адекватне налаштування лікаря-кардіолога дозволяє йому залишатись не тільки в межах функціонально-рольового спілкування, а й вести довірливу бесіду з хворим, що сприяє створенню гнучкої терапевтичної тактики з соматичним пацієнтом.

Вживання в даному випадку слова «налаштування» дозволяє акцентувати увагу на готовності особистості до довірчого спілкування до початку самого акту спілкування. Адекватний настрій сприяє здійсненню

процесу спілкування переважно за схемою «суб'єкт-суб'єкт», що так важливо для психотерапевтичної роботи з соматичним пацієнтом.

Лікар може володіти професійно достатніми знаннями, але не бути налаштованим на комунікацію. В такому випадку низька ефективність спілкування лікаря і пацієнта, що тісно вплетена в контекст професійної діяльності медика, позначається на результатах цієї діяльності [156, 171].

Такий ракурс вивчення комунікації лікаря-кардіолога і пацієнта кардіологічного профілю обумовлює новий підхід до сучасної комунікативної практики в сфері медичної діяльності та обумовлює певне поєднання нормативного начала у формуванні міжособистісного контакту і посилення особистісного. «У розвитку комунікативної компетентності представлена нормативна тенденція, тобто засвоєння соціально заданих норм і еталонів та особистісно-творча, яка передбачає конструювання норм у процесі комунікації, виходячи з орієнтації учасників у ситуації, у собі, у партнері» [137, с. 163].

Вивчення питання особливості комунікації лікаря-кардіолога має велике значення для розробки моделі розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю та відповідно медико-психологічних і психолого-педагогічних програм, в тому числі і в післядипломній освіті лікарів.

Таким чином, аналіз відповідної літератури дозволяє зробити висновок, що комунікація «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю акцентує увагу на емоційній властивості особистості, в основному такій, як доброзичливість, милосердя, оптимізм, спокій, а також передбачається в широкому контексті демонстрація відчуття емоційного стану пацієнта та емоційної єдності з ним.

У зарубіжній літературі частіше, ніж у вітчизняній, зосереджується увага на комунікативних навичках та вміннях лікаря, прикладні питання взаємодії в системі «лікар – пацієнт» при різних видах соматичної патології.

На прикладі володіння необхідними комунікативними навичками хірургами можна показати актуальність даної теми.

Необхідні комунікативні навички хірургів представлені таким чином:

- 1) вміти повідомляти погані новини;
- 2) готувати пацієнта для хірургічних процедур;
- 3) пояснювати пацієнтові тактику діагностики та лікування;
- 4) збільшувати ймовірність запам'ятовування пацієнтом інформації;
- 5) вміти виявляти у пацієнтів тривогу і депресію;
- 6) допомагати висловлювати пацієнту почуття тривоги і депресії;
- 7) вміти вислуховувати ті речі, які тривожать пацієнта [193].

Відповідно до отриманих показників дослідження було з'ясовано, що 13,8% хірургів повідомило, що вони не вміють повідомляти пацієнтам погані новини, 59,6% не вміють допомагати людям, що знаходяться в горі, 56,6% не вміють отримувати погодження на донацію органів, 48,9% не вміють отримувати згоду на розтин [193].

Дані опитування молодих лікарів, опубліковані в англomовній літературі, виглядають наступним чином [184]:

- 67% лікарів вважали, що мають необхідні комунікативні навички для обговорення медичних проблем;
- 36% лікарів мають адекватні навички, щоб обговорювати психологічні проблеми;
- 31% лікарів повідомили, що ніколи не цікавилися емоційної корекцією вмираючих хворих.

Серед причин, за якими лікарі намагалися не обговорювати психологічні проблеми, були:

- 62% через відсутність часу;
- 51% лікарів намагалися не торкатися цієї теми, щоб уникнути неприємних питань;
- 44% вважає, що у них відсутні навички, щоб обговорювати психологічні аспекти.

Зарубіжними авторами виявлені особливості емоційної поведінки пацієнтів на прийомі у лікаря. Автори A. Suchman, K. Markakis та інші відзначають, що пацієнти вкрай рідко вербалізують свої емоції [212]. Як правило, пацієнти висловлюють свій емоційний стан невербально.

Розуміння лікарями невербальної мови хворого допомагає останньому висловлювати свої емоції вголос. Але в більшості випадків медики звертаються до дослідження соматичних симптомів. На інтенсивність висловлювання емоцій впливає вік: літні пацієнти частіше виражають свої емоції невербально, і «розшифровка» їх невербальної мови сприяє вербалізації емоцій [195].

У той же час відношення самого лікаря до психосоціальних аспектів пов'язане з його комунікативними навичками, що і відзначається у ззакордонних дослідженнях [206].

Лікарі, які позитивно відносяться до психосоціальних питань, часто використовують більш хороший емоційний контакт, використовують менше закритих питань. Пацієнти таких лікарів більш активно беруть участь у процесі лікування. Відмічається, що поведінка лікарів впливає на задоволеність пацієнтів інформацією, розуміння і запам'ятовування її та дотримання призначених рекомендацій.

Одним із завдань комунікації в системі «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю є інформаційна функція, яка має свою специфіку.

Проаналізувавши досвід зарубіжних дослідників, можна сказати, що очікування від консультації у лікаря-кардіолога і пацієнта різні, обмін інформації між ними неповний. Як створення загальної реальності W. Langewitz і R. Keller запропонували лікарю зайняти роль слухача, тобто акцентується увага на вміння медичного працівника слухати [198]. В основі слухання, як пише Ю. Альошина і Л. Петровська, лежить співпереживання співрозмовнику [8, 137].

T. Gilligan і A. Raffin вважають, що лікарі мають недостатніми комунікативними навичками і вміннями [192]. Підкреслюється, що лікар

повинен володіти наступними якостями: вміти співчувати, мати власну гідність, довіряти пацієнтові. J.H. Larsen, O. Risor і ін. пропонують лікарю допомагати пацієнтові на консультації висловлювати і прояснювати свої погляди на захворювання, тим самим сприяти виникненню загальної точки зору на захворювання, яке включає як діагноз, так і лікування для конкретного випадку, тільки потім проводити обстеження. Так само рекомендується обговорювати, що необхідно зробити для підготовки до наступної зустрічі [199]. Таким чином, у даному випадку акцентується увага на таких якостях медичного працівника, як уміння бачити та знімати емоційну напругу пацієнта, викликану його розповіддю про захворювання, що актуально для осіб із соматичними захворюваннями.

На жаль, на сьогодні можна привести не так багато експериментальних психологічних досліджень, що мають відношення до даної проблеми. Як показують дослідження В. Марищук, яка вивчала характер зв'язку між ступенем сформованості професійно-значущих якостей особистості та успішністю професійної діяльності, було з'ясовано, що наявність високого рівня розвитку цих якостей не гарантує цілковитого успіху. Велике значення тут набувають ціннісні орієнтації особистості та її соціальні риси [111].

Отже, спеціальний аналіз літератури підтвердив, що комунікація між пацієнтом кардіологічного профілю і лікарем-кардіологом проходить в емоційно напруженій атмосфері і передбачає володіння спеціальними комунікативними навичками і вміннями.

Аналіз численної вітчизняної літератури, присвяченої професійним якостям лікаря, показує, що більшість авторів лише перераховує широко відомі характеристики особистості, такі як доброта, милосердя, співпереживання, спостережливість, уважність, дисциплінованість, ініціативність, подекуди не аргументуючи свої висновки емпіричними даними.

1.4. Особливості комунікації у взаємодії «лікар-кардіолог– пацієнт» кардіологічного профілю.

У науковій медичній літературі неодноразово підкреслюється, що кінцевий результат лікування багато в чому визначається особливостями взаємодії між пацієнтом і лікарем. І. Скуя і Н. Raspe проблему співпраці лікаря і пацієнта виділяють, як одну з найважливіших для результативності лікування [175]. Низка методів лікування без довірчих відносин приречені заздалегідь на невдачу, так, наприклад, лазерна біостимулююча терапія хворих з аритмією серця.

У цьому контексті важко не погодитися з твердженням українських дослідників О. Грандо та С. Грандо, що під час складання психологічного портрета особистості пацієнта лікар повинен побачити й оцінити цю особистість у динаміці психологічної діяльності, у різноманітних проявах темпераменту й характеру [46, с. 39].

Варто наголосити, що в сучасному професійному медичному дискурсі ці питання постійно перебувають у фокусі уваги. Так, українські дослідниці Т. Трибрат, С. Шуть, В. Шепітько зазначають, що «ефективність лікування хворих з патологією внутрішніх органів дуже часто залежить не тільки від правильного призначення препаратів, їх лікарської форми та якості, а й від виконання пацієнтом лікарських рекомендацій та його бажання співпрацювати з лікарем» [158, с. 275].

Подібну думку знаходимо й у С. Трушкіної, яка, наголошуючи на важливості комунікативної компетентності лікаря, відзначає, що лікар із низьким рівнем комунікативної компетентності може справити негативний вплив на формування комплаєнсу за умови, що він не проявляє достатньої зацікавленості й причетності до вирішення проблем хворого, недостатньо пояснює користь і можливі побічні ефекти призначених лікарських засобів, не дає рекомендації щодо режиму дня та образу життя, не враховує реальні можливості пацієнта і його родичів (осіб, які за ним доглядають)

дотримуватися призначеного режиму приймання ліків або матеріальної можливості купити той чи інший препарат [160]. Надзвичайно важливо, щоб лікар знав ставлення хворого до хвороби й обирав відповідний психологічний підхід до конкретного пацієнта.

В емпіричних дослідженнях з'ясовано, «що запорукою успіху трансплантації серця і нирок є не тільки біологічні фактори, що визначають тканинну сумісність або лікувальну тактику підтримуючої імуносупресивної терапії, а й фактор психологічної сумісності лікуючого лікаря і пацієнта, на тлі дії якого всі інші чинники або успішно реалізуються, або нівелюються» [84, с. 51].

З опублікованих у літературі даних відомо, що дефекти лікувально-діагностичної роботи лікарів є рідкісною причиною офіційних претензій до лікарської діяльності. Так, наприклад, при вивченні причин 696 – визнаних обґрунтованими скаргами до офіційних органів адміністративного контролю за діяльністю канадських лікарів було виявлено, що в 81,9 % причиною скарг були проблеми, пов'язані з комунікацією. Кількість балів, отриманих лікарем на офіційному ліцензійному іспиті за комунікативні навички, знаходиться в обернено пропорційному зв'язку з ймовірністю надходження офіційних скарг на даного лікаря [215].

Проаналізувавши причини звернення до суду хворих зі скаргами на лікарів, Н. Векман і співавт. дійшли до висновку, що в 71% випадків причиною цього виявилися труднощі в спілкуванні з лікарем. У 32% випадків позивачі вказували на неможливість зв'язатися з лікарем, в 29% – на те, що він знехтував їхньою думкою або думкою їхніх родичів, в 26% – на недостатність інформації, в 13% – на те, що лікарю не вдалося зрозуміти плани хворого або його сім'ї на майбутнє [179]. Наведена вище інформація підтвердилася результатами дослідження С. Ваггу і співавт., відповідно до якого тільки 11% пацієнтів вдається висловити все, що вони збирались повідомити лікарю [178]. Аналогічна проблема виникає при спілкуванні в ситуаціях, що вимагають значної залученості родичів у процес обговорення

лікувально-діагностичних планів та перспектив [186].

За даними Н. Кароли, А. Реброва, Е. Чеснокова, більшість пацієнтів, які зверталися до лікаря за додатковими роз'ясненнями (70%), не задоволені отриманими відповідями та вважають, що лікар сам не завжди володіє точною та повною сучасною інформацією про захворювання [74].

Цілісний підхід до лікування осіб із соматичними проблемами означає, що необхідно враховувати не тільки основні клінічні (соматичні) прояви хвороби, але й особливості психоемоційних. Як зазначає Н. Коршунов, лікування передбачає ще й реабілітацію, тобто відновлення особистісного і соціального статусу пацієнта [83].

Таким чином, можна вважати, що комунікація між пацієнтом і лікарем-кардіологом є основою будь-якої лікувальної діяльності [168, 189]. В. Вересаєв пише, що лікар може володіти великим талантом, вміти вловлювати найтонші деталі дії своїх призначень – все це залишається безплідним, якщо у нього немає здібності підкорювати і підпорядкувати собі душу хворого [33].

У зарубіжній психології розроблені проблеми психологічного впливу в основному у двох напрямках. Одне з них найбільш чітко представлено в біхевіористській традиції, інше пов'язане з концепцією «гуманістичної психології».

Сутність біхевіористських програм модифікації є ідея управління поведінкою людини за аналогією з управлінням, наприклад, хімічною реакцією. Інакше осмислюється ситуація психологічного впливу в гуманістичній психології.

У структурі спілкування виділяється комунікативний, інтерактивний та перцептивний елементи.

Комунікативна сторона спілкування у системі «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю полягає в обміні інформацією між лікарем і пацієнтом. Процеси комунікації, на рівні міжособистісного спілкування пов'язані не просто з передачею інформації, але з її безперервною

трансформацією у процесі переходу від однієї особи до іншої. Інтерактивна сторона комунікації «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю являє собою процес забезпечення та організації обміну діями між учасниками спілкування. У процесі спілкування лікаря-кардіолога і пацієнта відбувається не тільки обмін інформацією, але і певна організація певних активностей та планування загальної діяльності комунікантів. Якщо розуміти дію, як певним чином структуровану активність особи, як основну одиницю аналізу діяльності, стає зрозумілим, що обмін інформацією, ідеями чи знаннями має певну послідовність дій, оскільки такий обмін є цілеспрямованою діяльністю. Це свідчить про наявність існування взаємозв'язку між процесами міжособистісної комунікації та інтеракції.

Обмін інформацією ґрунтується на відносинах між активними суб'єктами процесу. Передача та прийом інформації здійснюється у процесі безперервного аналізу стану, цілей, мотивів лікаря та пацієнта як учасників спілкування та корекції ними власних дій. Наслідком активності учасників даної комунікації є зміна інформації в процесі передачі-прийому. По-друге, обмін інформації припускає вплив на поведінку комуніканта за допомогою системи знаків, що призводять до зміни станів та позицій. По-третє, розуміння інформації, що передається, а також результативність впливу на поведінку пацієнта прямо пов'язані з наявністю єдиної системи знань, якою користуються комунікатор та реципієнт при кодуванні та декодуванні повідомлень. Іншими словами, учасники комунікативного процесу повинні мати загальний «тезаурус», тобто сукупність значень, що використовують символічні засоби комунікації. По-четверте, в процесі передачі інформації та її розуміння можлива поява комунікативних бар'єрів, що мають соціальний чи психологічний характер.

Соціальні бар'єри обумовлені тим, що, скажімо, представники різних соціальних, професійних або релігійних груп часто не просто по-різному інтерпретують одні і ті ж поняття, але й різняться за світорозумінням.

Психологічні комунікативні бар'єри пов'язані з наявністю таких особистісних особливостей, які здійснюють вплив на комунікацію лікаря та пацієнта кардіологічного профілю, призводячи до порушення процесів кодування-декодування. Комунікативний бар'єр завжди пов'язаний із проблемами у випрацюванні єдиного смислу, що може призвести до дезорганізації сумісної діяльності, конфліктів, скарг та невиконання приписів лікаря.

У залежності від засобів комунікації, що використовуються в процесі передачі інформації в системі «лікар-кардіолог – пацієнт» розрізняють два види комунікації: вербальна та невербальна.

Мова є основною знакової системи вербальної комунікації та являє собою систему фонетичних знаків, побудовану за лексичним та синтаксичним принципами. Важливою ознакою мови є її універсальність, оскільки саме мова дозволяє передати найрізноманітнішу інформацію при найменшій втраті сенсу. Точність та повнота передачі та прийому інформації залежить від рівня співпадіння «тезаурусів», тобто систем словесних значень лікаря та пацієнта кардіологічного профілю, а також від комунікативного контексту.

Ефективність мови, тобто таких показників, як точність, повнота передачі та розуміння інформації, рівня впливу, залежить, зокрема, від позиції комунікатора. Так, дана позиція може бути як відкритою, за якою заявляється точка зору та явно відстоюється, і закритою, де точка зору приховується. Також виділяється і відсторонена, при якій розглядаються різні точки зору та не виключена орієнтація на будь-яку з них.

Основною знаковою системою при невербальній комунікації в системі «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю є оптико-кінетична, що включає жести, міміку, пантоміміку та їх сприйняття. За допомогою оптико-кінетичної системи відбувається передача інформації про емоційні реакції та стани учасників даної системи комунікації.

Важливого значення у процесі передачі-прийомі інформації мають навколо мовні звукові характеристики: паралінгвістична знакова система-

тональність, діапазон, тембр голосу; екстралінгвістична система – паузи, темп мови, сміх та інше. Головною функцією паралінгвістичної та екстралінгвістичної знакової системи є акцентування найбільш знакових компонентів інформації, що передається.

На відміну від вербальної комунікації, частіш за все предметно-орієнтованої, ціленаправленої і усвідомленої, невербальна комунікація менш усвідомлюється, проте відіграє важливу роль завдання поведінкового контексту, що визначає смисл мовного повідомлення.

Крім вказаних оптично-кінетичної, паралінгвістичної та екстралінгвістичної системи, що функціонують на рівні зорового та слухового аналізаторів, необхідно виділити і знакові системи, що функціонують на рівні тактильного, нюхового та смакового аналізаторів. Це запахи, смаки, що мають різні значення в тій чи іншій мірі національної культури.

Професійне спілкування медичного працівника з пацієнтом передбачає як формальне, так і неформальне спілкування. З урахуванням специфіки медицини важливим є питання про співвідношення формального і неформального спілкування. Успіх його буде залежати від точності виконання соціальної ролі лікаря і від уміння вийти за межі професійної бесіди з пацієнтом, так як саме щира розмова дозволить виявити психотравму, що передуює соматичним порушенням, і вміння надати психологічну підтримку, що грає важливу роль для успішної комунікації між лікарем і пацієнтом [28, с. 88].

Незважаючи на розповсюджене використання в медичній літературі поняття «довірчі відносини», тлумачення цього терміну не завжди пояснюється. Довіра в російській мові тлумачиться як «переконаність в щирості, чесності, сумлінності, що засновані на відносинах до когось або чогось» [149, с. 689]. Таким чином, можна вважати, що довірчі відносини в структурі медичної діяльності являють собою з боку пацієнта переконаність у щирості, доброчесності медичного працівника. Сам процес бесіди лікаря має доступно пояснити, що саме потрібно пацієнту для одужання, і дати

можливість відчувати зацікавленість лікаря в його здоров'ї. З іншого боку передбачається, що сам медик повинен будувати комунікацію з пацієнтом у межах гуманістичного підходу. «...Довіра пацієнта до свого лікаря сповнена глибоким гуманістичним змістом, оскільки це «крок назустріч» однієї людини до іншої» [64, с. 88–89]. Коршунов Н., Яльцева Н. відзначають, що в клініці внутрішніх хвороб довірчий контакт нерідко ігнорується [84]. У той же час встановлено, що важливу роль у процесі лікування відіграє емоційно-психологічний стан хворого.

Відомий психолог Р. Лурія ввів поняття «внутрішня картина хвороби», відповідно до якої можна ствержувати про те, як хворий уявляє і переживає свою хворобу, як оцінює її симптоми та перспективи лікування [105].

Так, Р. Лурія виділяючи і обґрунтовуючи поняття «внутрішня картина хвороби», підкреслював, що уявлення про неї не відповідає розумінню скарг хворого, а її структура – сенситивна, в інтелектуальній частині – знаходиться у великій залежності від особистості хворого, загального культурного рівня, соціального середовища і освіти [105].

Особистість може визначати свій стан як захворювання і предмет медичного втручання, а у лікаря може бути протилежна точка зору, і навпаки. При цьому лікарі демонструють тенденцію до розширення стану як хвороби, а хворий – навпаки. Переконання в наявності хвороби у хворого та лікаря може призвести до відмови від лікування, оскільки і той, і інший розуміють її нездоланність. Які хвороби будуть обрані залежною особистістю для визначення свого стану, залежить від її розуміння, особистого досвіду, загального культурного рівня, соціального середовища і освіти. У разі адекватного вибору моделі, вона стає перешкодою для припинення деструкції.

В. Мясіщев розглядав виділення поняття внутрішньої картини хвороби як практичний і теоретичний доказ ролі свідомості хвороби, її перебігу. Хворий – не тільки об'єкт клінічного спостереження, але і суб'єкт, так чи інакше усвідомлює самого себе, свою хворобу, своє місце в системі суспільних відносин [116].

Ставлення до хвороби інтегрує всі психологічні категорії, в рамках яких аналізується поняття «внутрішня картина хвороби». Це і знання про хворобу, її усвідомлення особистістю, розуміння ролі та впливу хвороби на соціальне функціонування, і емоційні й поведінкові реакції, пов'язані з хворобою.

Внутрішню картину хвороби, як систему переживань пацієнта і його розуміння захворювання, слід вважати не просто, як реакцію особистості на хворобу, але як паталогічний і потенційно патогенетичний фактор [67]. «У багатьох соматичних хворих створюється власні концепції свого захворювання, і це уявлення в більшості випадків є невірним, що відрізняється від об'єктивної концепції лікаря про існування патологічного процесу» [101].

Як пише І. Харді, найбільше незрозуміння між лікарем і хворим виникає саме тому, що дивні уявлення хворого, його розповідь не відповідають картині захворювання лікаря [168]. Тому, для того, щоб пізнати внутрішню картину захворювання, лікарю необхідно вміти виявляти не тільки ті аспекти досвіду, які пацієнт вербалізує, але й ті не символізовані аспекти його досвіду, які, як пацієнт, як пише А. Орлов і М. Хазанова, якимось чином стають зрозумілими за допомогою тонких невербальних проявів клієнта [128].

Володіння лікарем технікою конструктивного спілкування набуває в системі «лікар-кардіолог – пацієнт» особливого значення, оскільки сама бесіда лікаря має лікувальний характер і виражає турботу про стан душі пацієнта.

Лікар-кардіолог у ході взаємодії з хворим може надати психологічну підтримку шляхом створення міжособистісних довірчих відносин. В. Куніцина визначає тактичною метою довірчих відносин встановлення психологічного контакту, що має оптимальну психологічну дистанцію [94].

Як зазначає М. Бурно, пацієнт має право лікуватися не тільки біологічними методами, але отримувати особистісне лікування [27]. Такий підхід дозволить включити в процес лікування і планувати не тільки фізіологічне втручання, а й психологічні методи впливу, що, на думку А. Александрова, і є психотерапією [7].

Таким чином, можна сказати, що комунікація лікаря-кардіолога є функціональним елементом його професійної діяльності. Вона включає дії, пов'язані зі встановленням психологічно й етично доцільних взаємин з пацієнтом у процесі безпосередньої взаємодії з ним у процесі вирішення медичних завдань.

Дослідження саме *особливостей* комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами (якими є характерні риси, ознаки, властивості, своєрідності, специфіка) [32, с. 862] питання професійної комунікації лікаря, насамперед потребує формування знань, умінь та готовності до виконання поставлених завдань.

Оскільки професія лікаря-кардіолога відноситься до комунікативних професій, то має також певні особливості:

- діяльність лікаря передбачає інтенсивну взаємодію з пацієнтами;
- діяльність лікаря здійснюється в безпосередньому контакті з пацієнтом;
- професійна діяльність передбачає взаємодію та спілкування з різними категоріями людей, які мають етнічні, тендерні, вікові, соціокультурні, професійні, індивідуальні особливості; різний рівень освіченості та інформованості;
- лікар працює в особистій зоні пацієнта, що може викликати напругу, опір хворої людини і психологічні захисти;
- професійна діяльність ускладнюється роботою з пацієнтами, які відчують на соматичному рівні – біль, на психологічному рівні – тривогу і страх;
- професійна комунікація лікаря вимагає мистецтва переконання, впливу на мотиваційну, когнітивну, емоційну та поведінкову сферу пацієнта;
- ефективність професійної діяльності залежить від задоволеності пацієнта наданою послугою і позитивного враження від процесу взаємодії з лікарем та лікування;
- успішна комунікація з пацієнтом сприяє створенню позитивного

іміджу лікаря [99, с. 135].

Аналіз наукової літератури даного феномену свідчить про те, що існують різні підходи до вивчення комунікації в системі «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю. В англomовній літературі акцентується увага у взаємодії лікаря і пацієнта на передачу соціально значимої інформації пацієнту. Такий обмін інформацією передбачає специфічні навички та вміння передачі інформації за допомогою знаків, мови та символів. Вітчизняна література з даної проблеми здебільшого перераховує якості медичного працівника з метою особистісної участі лікаря в процесах лікування.

Наслідком активності учасників даної комунікації є зміна інформації в процесі передачі-прийому. По-друге, обмін інформації припускає вплив на поведінку комініканта за допомогою системи знаків, що призводять до зміни станів та позицій. По-третє, розуміння інформації, що передається, а також результативність впливу на поведінку пацієнта прямо пов'язані з наявністю єдиної системи знань, якою користуються комунікатор та реципієнт при кодуванні та декодуванні повідомлень. Іншими словами, учасники комунікативного процесу в даній діаді повинні мати загальний «тезаурус», тобто сукупність значень, що використовують символічні засоби комунікації. По-четверте, в процесі передачі інформації та її розуміння можлива поява комунікативних бар'єрів, що мають соціальний чи психологічний характер.

Соціальні бар'єри обумовлені тим, що, скажімо, представники різних соціальних, професійних або релігійних груп часто не просто по-різному інтерпретують одні і ті ж поняття, але й різняться за світорозумінням.

Психологічні комунікативні бар'єри пов'язані з наявністю таких особистісних особливостей, які здійснюють вплив на комунікацію лікаря-кардіолога та пацієнта кардіологічного профілю, призводячи до порушення процесів кодування-декодування. Комунікативний бар'єр завжди пов'язаний із проблемами у випрацюванні єдиного смислу, що може призвести до дезорганізації сумісної діяльності, конфліктів, скарг та не виконання приписів лікаря.

Однією з особливостей цілеспрямованого формування комунікативних умінь у даній системі, що необхідні в практичній діяльності лікаря-кардіолога, є саме вміння використання інноваційних форм і методів, спрямованих на створення мотиваційного середовища, формування комунікативних знань, умінь і навичок, розвиток навичок професійної комунікації.

1.5. Модель розвитку комунікативної компетентності в діаді

«лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.

Останні десятиліття все більшого значення в різних наукових дослідженнях взагалі і, зокрема, в психології набуває моделювання. В межах епістемології моделювання є, з одного боку, представленням об'єкта моделлю і, з іншого боку, методом наукового пізнання світу [151]. Застосування методу моделювання в психологічних дослідженнях здійснюється в двох напрямках:

- 1) знакова, або технічна, імітація механізмів, процесів і результатів психічної діяльності – моделювання (модель) психічного об'єкта;
- 2) організація, відтворення того чи іншого виду людської діяльності шляхом штучного конструювання середовища цієї діяльності (в лабораторних умовах), що називається психологічним моделюванням [125].

Термін «моделювання» використовується для позначення наукового методу, що полягає в здійсненні різних процедур, пов'язаних з моделлю (створення, перетворення, інтерпретація), причому для його розкриття вживаються такі категорії, як «наслідування», «відтворення», «аналогія», «відображення».

Психологічне моделювання, на думку В. Міхеєва, має декілька аспектів застосування:

- гносеологічний, у якому модель відіграє роль проміжного об'єкта у процесі пізнання;
- загальнометодологічний, що дозволяє оцінювати взаємозв'язки і відношення між характеристиками стану різних елементів навчально-виховного процесу на різних рівнях їх опису і вивчення;

– психологічний, що дозволяє вести опис різних сторін психолого-педагогічної діяльності та виявляти на цій основі визначені закономірності [115, с. 8].

Кожен із цих аспектів моделювання визначає можливість формалізації, інтерпретації та розробки механізмів впливу на різні сторони психологічного явища, а відтак, їх врахування підвищує ефективність побудови моделі.

Як ми вже відзначали, моделювання само по собі є методом наукового пізнання світу і може визначатися як уявлення об'єкта моделлю для отримання інформації про цей об'єкт шляхом проведення експериментів із його моделлю [151].

Відповідно до загальнонаукової інтерпретації цього терміна, під моделлю в психологічному дослідженні будемо розуміти природне або штучно створене явище, призначене для вивчення соціально-психологічних феноменів, одним із яких є явище комунікативної компетентності лікарів-кардіологів.

Для того, щоб створювана модель відповідала своєму призначенню, недостатньо створити просто абстрактну модель. Необхідно, щоб вона відповідала низці вимог, що забезпечують її функціонування [124].

До цих вимог, найперше, віднесемо *інгерентність*, тобто відповідність моделі середовищу, у якому вона буде використана. В ідеалі, модель має входити до складу середовища, як його природна складова частина.

Наступною вимогою є *простота* моделі. Для забезпечення ефективності моделі необхідно зосередитись на тих структурних складових загального процесу, які є найсуттєвішими, найістотнішими для розв'язання поставлених задач, шляхом відкидання інших, менш важливих і менш істотних. Виокремлення і побудова структури моделі базується на визначенні головних інтегральних складових модельованої системи.

Ще однією і, можливо, найбільш суттєвою вимогою до моделі є її *адекватність*. Адекватність моделі означає, що результат її впровадження

відповідає діючим реаліям психологічного процесу, що вона досить повна, точна і правдива.

Зазначимо, що комунікативні якості особистості не можна повністю виокремити і розглядати окремо від інших якісних характеристик особистості. Навчальна дія у будь-якому разі буде впливати і на систему знань-умінь-навичок фахівця, і на набуття ним певного досвіду (при розгляді практичних завдань). Таким чином, розвиток комунікативних якостей медичного працівника, насправді, доцільно розглядати як інструмент впливу на комунікативну компетентність медика в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю. Отже, доцільним є запровадження системного та компетентнісного підходів, у межах якого розглядається комунікативна компетентність медика-кардіолога та інтерна, як деяка інтегральна якість.

Як показує аналіз досвіду освітніх систем багатьох таких країн, одним із шляхів оновлення змісту навчальних технологій, узгодження їх із сучасними потребами, інтеграції до світового освітнього простору є орієнтація навчальних програм на компетентнісний підхід та створення ефективних механізмів його запровадження [81, с. 6]. Зародження компетентнісного підходу у психології та педагогіці відбулось порівняно недавно.

Компетентнісний підхід як спеціальний напрям з'явився у кінці 1960 – на початку 1970-х років у західній, а в кінці 1980-х років і у вітчизняній літературі; у США, Великобританії й Німеччині цей термін прийшов в освіту з досліджень, присвячених психології праці. Суспільна дискусія привели до ідеї компетентнісного навчання [31, с. 27].

Розглядаючи досвід діяльності як знання та навички, які людина набуває в процесі соціалізації, Т. Смагіна відзначає, що за традиційного підходу дидактична тріада (ЗУНі): знання – уміння – навички забезпечує набуття цього досвіду шляхом формування практичних умінь та навичок. За компетентнісного підходу досвід діяльності набуває нового значення: досвід діяльності є внутрішньою мотивацією особистості, готовністю до діяльності. Досвід діяльності набуває значення дидактичної одиниці [150]. Таким чином,

дидактична тріада доповнюється ще двома компонентами (рис. 1).

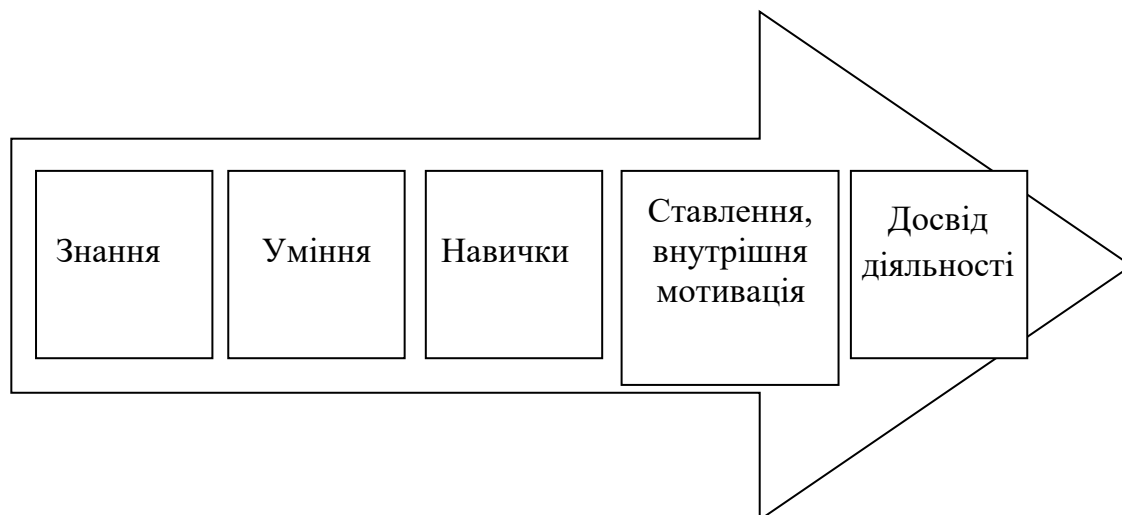


Рис. 1. Дидактичні одиниці компетентнісного підходу.

Незважаючи на те, що дослідження з проблематики компетентнісного підходу були ґрунтовними і різноплановими, на сьогоднішній день у психології зберігається неоднозначне його розуміння. Наведемо декілька прикладів:

– «компетентнісний підхід означає поступову переорієнтацію домінуючої освітньої парадигми з переважаючою трансляцією знань, формуванням навичок на створення умов для оволодіння комплексом компетенцій» [145, с. 138], тобто ототожнюється з оволодінням особою комплексом компетенцій;

– «компетентнісний підхід висуває на перше місце не поінформованість особи, а уміння вирішувати проблеми...» [24, с. 10], тобто наголошується на комплексі умінь особи розв’язувати певні проблеми;

– «...особливості навчання на основі компетентності: навчання сконцентоване на вихідних результатах, а не на вхідних; враховується переважно здатність виконання практичних завдань, але беруться до уваги і знання; навчання у виробничих умовах (принаймні частина навчання відбувається на робочому місці в умовах виробництва)» [121, с. 98–99], тобто звертається увага на здатностях фахівця до виконання практичних завдань на виробництві.

О. Новіков компетентнісний підхід визначає як один із можливих шляхів розв’язання проблеми відображення суб’єктивних компонентів культури (образних, чуттєвих знань, умінь, навичок, індивідуальних здібностей, особистісних смислів, світогляду конкретної людини і та ін.). «Цей підхід, – наголошує учений, – базується на концепції компетенцій як основі формування здібностей розв’язувати важливі практичні задачі» [124, с. 58].

Незважаючи на низку суперечностей з приводу компетентнісного підходу, більшість науковців погоджуються із думкою, що саме компетентнісний підхід у всіх своїх значеннях і аспектах найбільш глибоко відображає основні аспекти процесу модернізації. Компетентнісний підхід постає як узагальнена умова здібності людини ефективно діяти за межами навчальних сюжетів і навчальних ситуацій [24].

В основу побудови навчального процесу за запропонованою моделлю було покладено системний підхід як до визначення реальних потреб медиків у знаннях та вміннях, пов’язаних із аспектами комунікативної компетентності, відповідно до їх посадових обов’язків, так і до самого спілкування в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю».

Використання системного та компетентнісного підходів до розробки моделі розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю дозволило представити її як цілісну систему, утворену сукупністю функціонально пов’язаних і закономірних компонентів.

У відповідності до засад системного та компетентнісного підходу, модель є системою нижчого порядку, чим реальний процес, а отже, містить мету, елементи системи, взаємозв’язки між елементами, обмеження (умови функціонування), усталену структуру тощо (Рис. 2).

Визначаємо складові розробленої нами моделі наступним чином:

- концептуально-цільову (мета, цілі, підходи, принципи, задачі, функції);
- змістову (змістові модулі);

- організаційно-технологічну (методи, умови, засоби, форми);
- діагностична (опитування, інтерпретація, рівні сформованості складових);
- результативну (підвищення рівня компетентності).

Аналіз потреб суспільства у підвищенні ефективності взаємодії в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю дозволив визначити загальну мету нашої моделі, як «розвитку комунікативної компетентності» та дозволив виокремити 3 типи цілей моделі: соціальні, психологічні та особистісні.

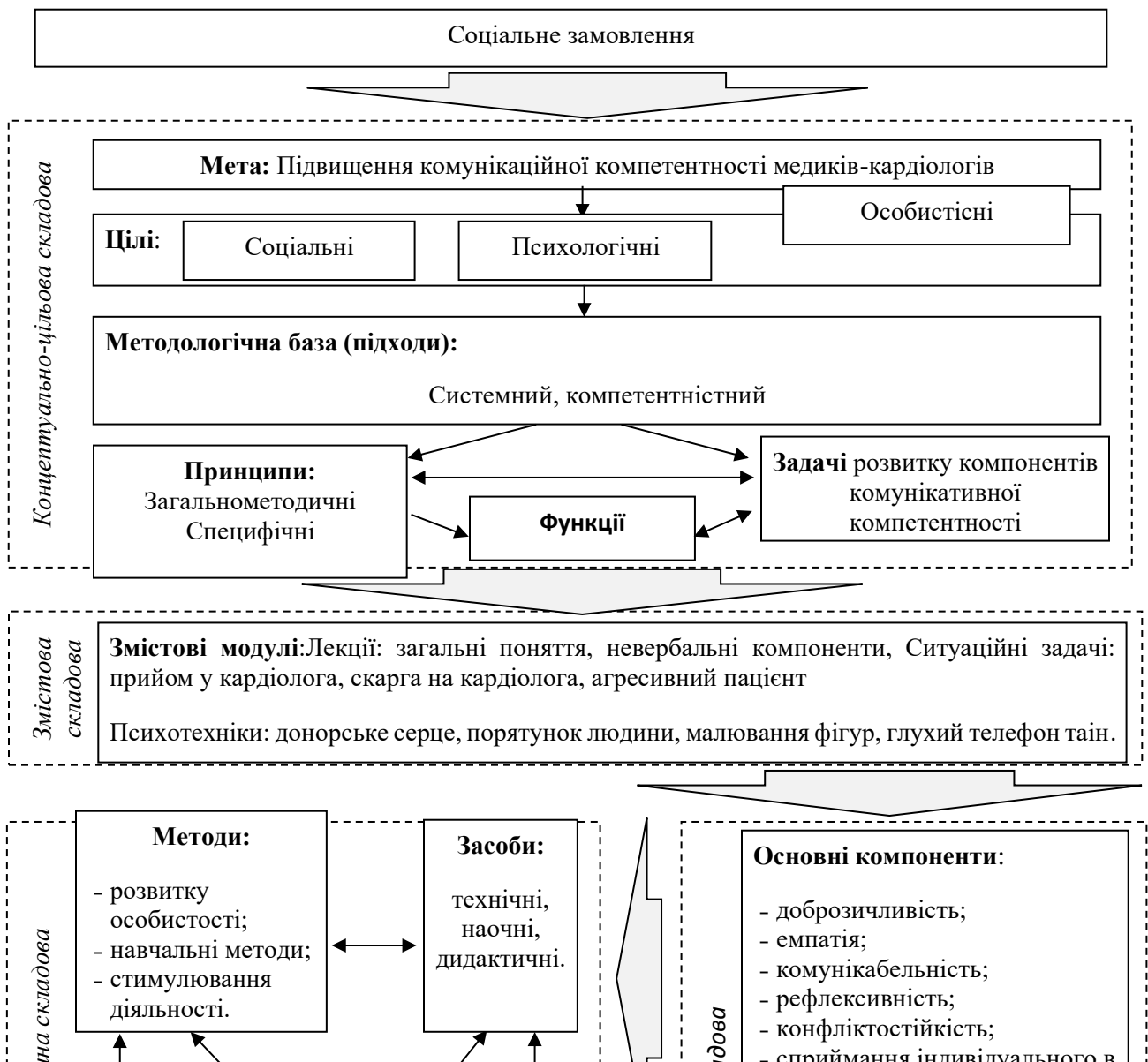


Рис.2. Модель розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.

Розкриємо складові моделі розвитку комунікативної компетентності лікаря-кардіолога більш детально. Оскільки ми розглядаємо комунікативну компетентність як інтегральну характеристику комунікативних якостей лікаря-кардіолога, то об'єктом моделювання є процес розвитку комунікативної компетентності. А в якості самої моделі виступає її графічне зображення, опис та теоретичне обґрунтування структурних компонентів процесу розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю». Кінцевим результатом (ефектом) моделі є комплексне підвищення комунікативної компетентності лікарів-кардіологів.

Концептуально-цільова складова.

Метою змодельованого процесу є підвищення комунікативної компетентності лікарів-кардіологів у відповідності до сучасних потреб їх фахової діяльності.

Як зазначено вище, у процесі реалізації поставленої мети реалізується декілька взаємопов'язаних цілей.

Соціальні цілі моделі розвитку комунікативної компетентності лікарів-кардіологів – це розвиток різних аспектів комунікативної культури, адекватних вимогам сучасного суспільства. Соціальні цілі є характеристиками еталонної моделі особистості, в якій мають бути сформовані якості, що відповідають рівню розвитку суспільства.

Соціальні цілі підвищення комунікативної компетентності лікарів-кардіологів зумовлюють:

- підвищення загального рівня комунікативної культури лікарів (у т.ч. питання культури спілкування, знання та дотримання етичних принципів, володіння методами управління конфліктами та ін.);
- зміна вектору соціальних орієнтирів тощо.

Традиційно недостатня увага нашої медицини до психоемоційних аспектів протікання ішемічної хвороби зумовлює всезростаючу вагомість

психологічних цілей – розвитку когнітивних та емоційно-оцінювальних складових способів взаємодії, необхідності емпатійних проявів як на особистісному, так і на професійному рівні.

Досягнення психологічних цілей зумовлюється реалізацією наступних завдань:

- розвиток мотивації та професійної самосвідомості лікаря-кардіолога щодо необхідності покращення взаємодії із пацієнтами;
- подолання психологічних бар'єрів у спілкуванні із пацієнтами, що мають різні психологічні профілі;
- запобігання психоемоційній дезадаптації особистості;
- формуванні високої ступені готовності до застосування теоретичних знань із психології в повсякденній діяльності тощо.

Особистісні цілі реалізуються шляхом підвищення рівня комунікаційної компетентності, розвитку творчого потенціалу, задоволення актуальних професійних потреб, формування основи для подальшого особистісного зростання тощо. Забезпечення їх реалізації зумовлює розв'язання такого завдання, як підтримка індивідуальних запитів слухачів у набутті знань із психології, самовираженні та саморозвитку в психологічній галузі.

Також ця складова містить принципи, підходи, функції та зміст підвищення комунікативної компетентності лікарів-кардіологів.

До принципів, що знаходяться в основі підвищення рівня комунікаційної компетентності медиків відносяться загальні принципи навчання (наочності, науковості, систематичності й послідовності, свідомості навчання, активності й самостійності, ґрунтовності, доступності [163].

Завдання розвитку комунікативної компетентності знаходять своє відображення в конкретних функціях, таких як:

- *аналітична* функція передбачає дослідження та врахування потреб як медиків, так і пацієнтів у підвищенні комунікаційної компетентності медиків-кардіологів. Ця функція передбачає необхідність здійснення всебічного аналізу ситуації в суспільстві шляхом системного моніторингу як запитів

пацієнтів, так і стану наявних комунікативних умінь лікаря;

- *пізнавальна* (або гносеологічна) функція. Ця функція спрямована на систематизацію знань у психології та суміжних галузях, на пізнання і самопізнання слухачем самого себе, усвідомлення власних потреб у підвищенні комунікативної компетентності;

- *компенсаторна* – ліквідація прогалин у базовій психологічній освіті та в самоосвіті;

- *розвивальна* – збагачення науковими знаннями, задоволення пізнавальних інтересів особистості.

- *нормативна* функція. Ця функція містить показники досягнень і розвитку, виявляється, перш за все, як система норм і вимог у суспільстві і здійснюється при дотриманні ряду умов: 1) норм моралі; 2) норм юридичного права, якими потрібно керуватися у професійній діяльності;

- *мотиваційна функція* – мотивація до підвищення рівня комунікативної компетентності та набуття готовності до використання її складових у професійній діяльності;

- *рефлексивна функція* – передбачає здійснення постійного управління якістю розвитку комунікативних навичок та вмінь.

Як свідчить практика, всі функції тісно взаємодіють між собою, переходять одна в іншу й фактично представляють єдиний процес.

Розглянемо змістову складову побудованої нами моделі.

Змістова складова передбачає необхідність розвитку комплексу спеціальних навичок, важливих для лікаря: вміння встановлювати контакт, слухати, «читати» невербальну мову комунікації, будувати бесіду, формулювати питання. Важливо також володіння лікарем власними емоціями, здатність зберігати впевненість, контролювати свої реакції і поведінку в цілому.

Адекватна комунікація передбачає правильне розуміння хворого і відповідне реагування на його поведінку. Незалежно від стану пацієнта, чи відчуває він гнів або печаль, занепокоєння, тривогу або відчай, лікар повинен

вміти з ним взаємодіяти, адекватно будувати відносини, домагаючись вирішення професійних завдань.

У зв'язку з цим професійно значущою якістю лікаря-кардіолога є комунікативна толерантність – терпимість, поблажливість й ін. Комунікативна толерантність показує, в якому ступені лікар переносить суб'єктивно небажані, неприйнятні для нього індивідуальні особливості пацієнтів, негативні якості, осуджені вчинки, звички, чужі стилі поведінки і стереотипи мислення [71, с. 27].

До змістової складової ми віднесли навчальні модулі, завдяки яким і відбувався процес підвищення комунікативної компетентності лікарів-кардіологів. У першу чергу це лекції-бесіди, на яких були розглянуті загальні поняття комунікативної взаємодії медиків і пацієнтів, розкриті невербальні компоненти комунікацій, представлені етичні засади взаємодії.

До змістового наповнення увійшли ситуаційні задачі, такі як «Прийом у кардіолога», «Скарга на кардіолога», «Агресивний пацієнт» тощо. А також «Донорське серце», «Порятунок людини», «Малювання фігур», «Глухий телефон» та ін.

Організаційно-технологічна складова. Побудована нами модель розвитку комунікативної компетентності враховує специфіку діяльності лікарів-кардіологів, включає інформаційно-навчальні матеріали та пропозиції щодо організації підвищення комунікативної компетентності. Було передбачено використання таких форм навчання: проблемні лекції, семінари-дискусії, лекції-бесіди, ділові та рольові ігри, метод конкретних ситуацій.

Діагностико-корекційна складова передбачає наявність визначення рівня комунікативної компетентності лікарів-кардіологів на двох етапах – до і після проведення формувального експерименту.

Результативною складовою є, власне, зростання рівня комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.

Виходячи з цих положень, ми прийшли до висновку, що необхідно визначити напрямки розвитку комунікативної компетентності лікарів-

кардіологів, які потребують найбільшої допомоги психолога (констатувальний експеримент), розробити пакет матеріалів щодо підготовки лікарів-кардіологів, який би включав до свого складу комплекс навчальних матеріалів, а також інструментарій для самостійного діагностування власного рівня комунікативної компетентності.

Використовуючи отриманий зміст та структуру комунікативної компетентності, аналіз наукових джерел із питань теорії моделювання, виходячи з практичних потреб лікарів та пацієнтів кардіологічного профілю нами була побудована модель розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю. Ця модель, певною мірою, є універсальною, у тому розумінні, що вона не є жорстко прив'язаною до конкретного змістовного наповнення і, скоріше, окреслює ефективні шляхи розвитку комунікативної компетентності лікарів. За умови відповідної адаптації змістового наповнення ця модель може бути використана для розвитку комунікативної компетентності лікарів різних профілей.

Висновки до першого розділу

Опираючись на вище наведені бачення, можемо констатувати, що специфіка комунікації медичного працівника полягає в тому, що спілкування відбувається в двох основних його формах – в одному випадку це засіб організації діяльності, в іншому – задоволення потреби людини в живому контакті. Можна відзначити, що психологічний вплив, що розгортається як суб'єкт-об'єктне, призводить до результатів у вигляді репродуктивних утворень. Більше того, процес спілкування в медицині виступає також процесом пізнання. Лікар-кардіолог у взаємодії з пацієнтом здійснює різні типи спілкування, а саме: ділове спілкування, виховний вплив, діагностична бесіда, інтимно-особистісне спілкування.

Вивчаючи сутність таких понять, як комунікація», «компетентність», «компетенція», «комунікативна толерантність» та «комунікативна компетентність» та узагальнюючи вважаємо, що комунікація є поняттям, яке

характеризує обмін інформацією, встановлення, підтримання контактів між людьми та може відображати процес спілкування, що несе насамперед емоційний зв'язок між комунікантами. У свою чергу, процес спілкування переходить у професійну комунікацію, якщо становить процес взаєморозуміння в певній галузі, обмін інформацією між фахівцями цієї галузі. Тому комунікативна компетентність виступає однією з базових характеристик професійної компетентності фахівців кардіологічного профілю.

Кардіологічні порушення мають широкий спектр, такий як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда, різноманітні види аритмічних проявів, вроджені і набуті вади серця і т. д. Кардіологи все більшого значення надають психосоціальним факторам ризику та їх зв'язку з соматичними факторами. На особливості впливу стресових переживань на формування кардіологічних захворювань натрапляємо у дослідженнях О. Хомської, М. Шантручек, М. Вацек, Ю. Зиміна, Є. Гаврилова. У працях Н. Алексеєва, І. Ганеліної, З. Гургенян, В. Коростого, Б. Михайлова, Л. Перетятко, І. Райцес, Г. Рольник, Г. Тарасова, Р. Томашива, М. Федак, Б. Федорова, С. Loffredo наголошується на психотравмуючому досвіді особистостей, що хворіють серцево-судинними захворюваннями. Невротизація, як особистісний чинник пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями описується у дослідженнях Ю. Губачева, Ю. Зиміна, Д. Карвасарського, І. Козлова, Г. Хомич, Д. Шапіро, Л. Щиглова.

Проаналізувавши наукову літературу з дослідження даного феномену, приходимо до висновку, що умовою ефективної комунікації в діаді «лікар – пацієнт» кардіологічного профілю є процес їхнього взаємознання. Перцептивною стороною спілкування є процес сприймання один одного в даній системі та встановлення певного рівня взаєморозуміння. Психологічний зміст процесу комунікації розкривається через аналіз механізмів соціального пізнання, міжособистісної взаємодії, прийому-передачі інформації та психологічного впливу. В якості психологічної основи міжособистісної комунікації «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю виступає

система цілей, очікувань, установок та знань комунікантів, у зв'язку з чим виникає та здійснюється комунікативний процес, що має певну структуру. В ситуації міжособистісної комунікації обмін інформації має низку особливостей.

Спеціальний аналіз літератури підтвердив, що комунікація між пацієнтом кардіологічного профілю і лікарем проходить в емоційно напруженій атмосфері і передбачає володіння спеціальними комунікативними навичками і вміннями.

Різноманітність моделей комунікації лікаря-кардіолога і пацієнта в іноземній літературі відображає спрямованість досліджень на пошук шляхів і засобів більш точного і ефективного донесення необхідної інформації до пацієнта, так, в закордонній медицині незначну роль при взаємодії лікаря з пацієнтом грають правові та нормативні аспекти. Нечисленні джерела вітчизняної літератури підкреслюють діадичний характер спілкування лікаря і пацієнта кардіологічного профілю, тим самим відбиваючи спрямованість досліджень на пошук шляхів адекватних і ефективних психологічних способів комунікації.

Теоретично досліджено, що істотною ознакою, що відрізняє комунікативні вміння від низки інших, є те, що вони припускають можливість втілення знань у певні дії, в пошук оптимальних способів комунікації, в здатність виділити завдання професійного спілкування та намітити систему ефективного професійного спілкування. Ступінь сформованості та рівень розвитку комунікативних умінь у діаді «лікар-пацієнт» кардіологічного профілю залежить від якостей особистості, від характеру і змісту професійних знань, навичок і досвіду.

Наявність сформованих комунікативних умінь виступає, на нашу думку, як один з основних показників підготовленості лікаря до даного виду діяльності.

Аналіз наукової літератури свідчить і про те, що існують різні підходи до вивчення комунікації в системі «лікар-кардіолог – пацієнт». Так, в

англомовній літературі акцентується увага у взаємодії лікаря і пацієнта на передачу соціально значимої інформації пацієнту. Такий обмін інформацією передбачає специфічні навички та вміння передачі інформації за допомогою знаків, мови та символів. Вітчизняна література з даної проблеми здебільшого перераховує якості медичного працівника з метою особистісної участі лікаря-кардіолога в процесах лікування.

Зазначимо, що комунікативні якості особистості не можна повністю виокремити і розглядати окремо від інших якісних характеристик особистості. Навчальна дія у будь-якому разі буде впливати і на систему знань-умінь-навичок фахівця і на набуття ним певного досвіду (при розгляді практичних завдань). Таким чином, розвиток комунікативних якостей лікаря-кардіолога доцільно розглядати як інструмент впливу на комунікативну компетентність у діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.

Аналіз потреб суспільства у підвищенні ефективності взаємодії в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю» дозволив визначити загальну мету нашої моделі, як «розвитку комунікативної компетентності» та дозволив виокремити 3 типи цілей моделі: соціальні, психологічні та особистісні.

Розроблена комплексна програма включала три етапи психологічної роботи: психоедукацію та психологічне консультування медиків, розгляд ряду ситуаційних вправ та відпрацювання низки психотерапевтичних технік підвищення комунікації. Програма включала наступний комплекс психологічної роботи: курс лекцій-бесід з питань підвищення рівня комунікативної компетентності; аналіз та усвідомлення моделі взаємодії медпрацівника і пацієнта; ролі невербальних компонентів комунікації в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю»: міміка і жести; освоєння різних видів спілкування; актуалізація знань про етичні обов'язки лікаря стосовно пацієнта; застосування Калгарі-Кембриджської моделі клінічного спілкування, що сприяло розвитку комунікативних навичок лікаря-кардіолога та інших форм роботи.

Матеріали I розділу дисертації опубліковані у наступних працях:

1. Кушнерьова А. М. До проблеми комунікації медичних працівників з пацієнтами: психологічний аспект. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2020. Т. XIV, вип. 4. С. 208–216.
2. Кушнерьова А. М. Завдання комунікації в діаді «лікар – пацієнт» кардіологічного профілю. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Hamilton, 2021. Vol. 43. P. 26–30.

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ПАЦІЄНТАМИ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Другий розділ дисертаційного дослідження присвячений вирішенню другого та третього завдань. Ці завдання полягають у розробці та обґрунтуванні психодіагностичного забезпечення та організації емпіричного дослідження особливості комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю. У розділі розглянуто етапи та процеси дослідження, описано вибірку досліджуваних, методи дослідження.

2.1. Організація емпіричного дослідження

Медперсонал середньої ланки протягом тривалого часу знаходиться в безпосередньому контакті з пацієнтом, тому може здійснювати як позитивний, так і негативний вплив на пацієнта. Завдання медперсоналу – максимально уникати непотрібних негативних психологічних впливів, сприяти створенню психологічного клімату, сприятливо впливає на процес одужання [59].

Проблема комунікації «лікар-пацієнт» передбачає міждисциплінарний підхід із залученням лікарів, медичних психологів, соціо- та психолінгвістів.

Проведений аналіз наукової лєтератури показує, що певні аспекти мовного спілкування лікаря надзвичайно важливо враховувати і невербальні аспекти комунікації з пацієнтом.

Комунікація в контексті кардіологічного лікування, її успішність, результативність розглядається як динамічний процес із характерними вербальними і невербальними стратегіями і тактиками поведінки.

Сучасний пацієнт не задовольняється традиційно пасивною роллю, а проявляє прагнення до активної комунікації, бажаючи бути почутим і зрозумілим лікарем. У зв'язку з цим лікаря принципово важливо володіти навичками правильної побудови бесіди з пацієнтом, націленої на дозвіл

лікувальної ситуації, не обмежуючи при цьому надій і очікувань пацієнта [13].

У зв'язку з цим лікарю важливо володіти комунікативною компетенцією на високому рівні та вміти враховувати специфіку медичного дискурсу.

Дослідження складалось з таких етапів:

На сьогоднішній день існує досить багато підходів до проведення психологічного експерименту. Виходячи із завдань нашого дослідження, а саме перевірки побудованої нами моделі розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю, доцільним буде структурувати експеримент із позиції системного підходу, за якого експеримент є системою, а отже, має мету, суб'єкт, об'єкт, визначені взаємовпливи між ними, певну ієрархічну структуру та результат.

Для забезпечення зазначених складових, на нашу думку, доцільним буде застосування поділу експерименту на етапи, запропонованого Н. Осиповою, М. Сніжко та О. Співаковським [153].

Автори пропонують умовно поділити експериментальне дослідження на чотири етапи:

- підготовчий, що містить детальний теоретичний аналіз, визначення невирішених проблем, постановку мети й завдань дослідження; вивчення реальної практики вирішення досліджуваної проблеми; формування гіпотези дослідження тощо;
- вибір експериментальних об'єктів та вивчення їх початкового стану, визначення методик проведення та ін. (констатувальний етап);
- проведення експерименту з перевірки ефективності певної системи (формувальний етап);
- завершальний (узагальнювальний) етап – це підбиття підсумків експерименту, опис його результатів.

Враховуючи те, що експеримент є активним засобом пізнання дійсності, який передбачає втручання дослідника в ситуацію, що вивчається, і опосередковане управління нею через зміну зовнішніх умов та логіки дослідження, емпіричне дослідження було проведено в чотири етапи:

перший етап – підготовчий (2013–2014 рр.), передбачав визначення актуальності дослідження, вивчення стану розробки наукової проблеми на теоретичному та прикладному рівнях, визначення невирішених проблем, постановку мети й завдань дослідження та планування програми дослідження. Був визначений методичний апарат дослідження.

Враховуючи обмежений обсяг дослідження, на цьому етапі було необхідно визначити, від яких психологічних особливостей лікаря залежить високий рівень якості спілкування в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю». Так, відома російська дослідниця Л. Троїцька [54], спираючись на наукову працю Н. Петрової, виділяє наступні характеристики лікаря, що призводять до успішного спілкування з хворим:

- 1) емпатія (розуміння емоційного стану іншої людини за допомогою співпереживання, проникнення в його суб'єктивний світ);
- 2) акцептація (безумовне позитивне прийняття хворого);
- 3) автентичність, або самоконгруентність (природність поведінки, узгодженість почуттів і їх вираження, щирість) [135, с. 198–216].

До встановлення рівня заданих характеристик лікарів були залучені наступні методики дослідження:

1. Оцінка доброзичливості за шкалою Д. Кемпбелла. Шкала містить 8 пар суджень (Додаток І). Піддослідний має із кожної пари вибрати те, що відповідає його уявленню. Отримані за відповіді бали інтерпретуються як низький, середній і високий показники доброзичливого відношення до інших.

2. Діагностика рівня емпатії І. Юсупова (Додаток І). Пропонована методика успішно використовується казанським психологом І. Юсуповим для дослідження емпатії (співпереживання), тобто вміння поставити себе на місце іншої людини, здатності до довільної емоційної чуйності на переживання інших людей. Співпереживання – це прийняття тих почуттів, які відчуває хтось інший, так, як якщо б вони були нашими власними.

3. Тест В. Ряховського (Додаток ІІ) для визначення рівня комунікабельності складається із 16 запитань, на кожне з яких слід однозначно

відповісти: «так», «ні» чи «інколи». Результати тесту дають можливість за класифікатором визначити, до якої з категорій відноситься респондент: некомунікабельний; замкнутий і мовчазний; достатня комунікабельність; нормальна комунікабельність; високий рівень комунікабельності; надмірний рівень комунікабельності; хворобливий характер комунікабельності.

4. Опитувальник А. Карпова (Додаток Й) для визначення рівня рефлексивності включає в себе 27 тверджень, правильність яких слід оцінити за 7-бальною шкалою. Інтерпретація результатів виявляє осіб з високим, середнім та низьким рівнями розвитку рефлексивності.

5. Експрес-діагностика стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна (Додаток К), яка містить дві колонки з протилежними за змістом судженнями і ставить респонденту завдання оцінити за 5-бальною шкалою, наскільки кожне із них притаманне поведінці піддослідного. Методика виявляє осіб з високим та середнім рівнем стійкості до конфліктів, осіб з вираженою конфліктністю та з високим рівнем конфліктності.

6. Методика діагностики загальної комуникативної толерантності В. Бойко (Додаток Л). Автор у складі комуникативної толерантності виокремлює ситуативну, типологічну, професійну й загальну. Дослідник розглядає толерантність за 9 напрямками, кожному із яких він ставить у відповідність окрему шкалу:

- **Шкала 1.** Неприйняття або нерозуміння індивідуальності іншої людини.
- **Шкала 2.** Використання себе як еталон при оцінці поведінки і способу мислення.
- **Шкала 3.** Категоричність або консерватизм в оцінках інших людей.
- **Шкала 4.** Невміння приховувати або згладжувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів.
- **Шкала 5.** Прагнення переробити, перевиховати партнерів.
- **Шкала 6.** Прагнення підігнати партнера під себе, зробити його «зручним».

- **Шкала 7.** Невміння прощати іншим помилки, незручність, ненавмисно заподіяні вам неприємності.
- **Шкала 8.** Нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту, створюваному іншими людьми.
- **Шкала 9.** Невміння пристосовуватися до характеру, звичок і бажань інших [22].

Вибір методик пов'язаний у першу чергу з тим, що їх сукупність досить повно охоплює різні аспекти комунікативної компетентності лікарів, а, по-друге, що вони не потребують експертної оцінки. Як показала практика, медичні працівники, коли розуміли, що за їх комунікативними діями спостерігають експерти, поводити себе в багатьох випадках неприродньо. Дехто з лікарів мобілізувався і показував дуже високі результати, а дехто – навпаки (особливо молоді медики із невеликим стажем роботи), комунікували із пацієнтами більш сковано, затиснуто, невпевнено ніж зазвичай. Тому, зокрема, спроба використання модифікованої методики J. Cox та H. Mulholland вийшла невдалою. Самі автори методики вийшли із положення, встановлюючи відеокамери для спостереження за комунікацією між медиками та пацієнтами [187]. Відомим є феномен, коли люди звикають до наявності камер і перестають на них зважати. Проте застосування засобів відеозапису нами було визнано неможливим, як з етичних, так і з фінансових міркувань.

Об'єкт дослідження – особливості комунікації лікарів-кардіологів і пацієнтів кардіологічного профілю.

Предметом експериментального дослідження визначено комунікативну компетентність лікарів-кардіологів, що зумовлює ефективну взаємодію з пацієнтами в умовах стаціонарного лікування.

Завдання експерименту. Об'єкт, предмет, мета і гіпотеза зумовили необхідність розв'язання наступних завдань експерименту:

1. Розробити модель розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.

2. Визначити методику статистичної обробки отриманих даних.
3. Апробувати модель розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю.
4. Провести заміри результативності впровадження даної моделі.
5. Порівняти результати експериментальних та контрольних груп для визначення динаміки розвитку їх комунікаційної компетентності та зробити відповідні висновки.

Очікувані результати:

– підвищення рівня комунікаційної компетентності лікарів-кардіологів;

На другому етапі – констатувальному (2014–2015 рр.) було проведене емпіричне дослідження особливостей комунікації лікарів-кардіологів з пацієнтами.

Для цього було визначено бази дослідження, взята згода в лікарів-кардіологів та інтернів на участь в експерименті, та використання отриманих персональних даних для включення їх у статистичну вибірку на засадах деперсоніфікації та анонімності. Було визначено контрольну та експериментальну групу медпрацівників. Проведено первинну психодіагностику медичних лікарів-кардіологів та інтернів, визначено поточний рівень їх комунікаційної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю».

Третій етап – формувальний (2015–2017 рр.). Цей етап включав розробку та апробацію психологічної програми. Із експериментальною групою були проведені навчальні заняття, бесіди. Наприкінці етапу були зроблені відповідні діагностичні зрізи як у контрольній, так і в експериментальній групах.

Четвертий етап – підсумковий (2017–2018 рр.), включав аналіз та інтерпретацію отриманого емпіричного масиву даних, визначено оцінку ефективності проведення розробленого нами комплексу занять, підведено підсумки експерименту, зроблені відповідні висновки. Також цей етап

передбачав здійснення апробації основних результатів дослідження на науково-практичних семінарах, міжвузівських, всеукраїнських та міжнародних конференціях.

Необхідно врахувати, що проведений нами експеримент відбувався в «польових» умовах і в декількох медичних закладах, він виявився досить пролонгованим у часі. Виходячи із зазначеного, була розроблена програма експерименту.

2.2. Емпіричне дослідження особливостей комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю: констатувальний етап

По завершенню формувального етапу було розпочато констатувальний етап. На ньому були проведені зрізи та відбулися безпосередні вимірювання, які дозволили нам скласти судження про реальний стан комунікативної компетентності медичних працівників.

На констатувальному етапі експерименту в дослідженні взяли участь 73 медичні працівники кардіологічного профілю (лікарі-кардіологи та інтерни) різних медичних закладів. Із них було сформовано контрольну групу (далі КГ) у складі 26 осіб та експериментальну (відповідно, 47 осіб, ЕГ).

На цьому етапі була передбачено винесення суджень про рівень комунікативної компетентності працівників кардіологічного профілю за 7 значущими в контексті нашого дослідження методиками.

Кожна із запропонованих методик розглядалася із двох позицій:

1) був здійснений аналіз результатів опитування груп, відповідно до зазначеної в кожній методиці технології опрацювання результатів. Це дозволило детально дослідити психологічні стани груп респондентів та виявити, наскільки суттєвими є відмінності між вибірками груп КГ і ЕГ і чи коректним буде їх порівнювати;

2) кожній досліджуваній якості було поставлене у відповідність деяке абстрактне число, яке визначалось як відсоток, що складає середнє значення

по групі від максимально можливого. На основі цих чисел була виведена інтегруюча величина, рівна їх середньому значенню – не відходячи від загального, ми вважали, що всі компоненти комунікативної компетентності медики є рівноважливими. Можна експертним методом обрахувати вагомість кожного компонента і вивести інтегруюче значення компетентності як середньозважене, проте це виходить за межі нашого дослідження. Дана величина є показовою при винесенні загальних висновків про ефективність змін, що відбуваються із компетентністю всієї групи, наприклад, за її збільшенням можна судити про ефективність навчання.

Таким чином, оскільки для визначення рівня комунікативної компетентності медиків кардіологічного профілю ми використовуємо 15 шкал у семи опитувальниках, то ми у відповідність комунікативній компетенції кожної групи можемо поставити деяке число K , яке визначається як:

$$K = \frac{\sum_{i=1}^{15} K_i}{15}, \quad (2.1)$$

де K_i показник величини рівня складової комунікативної компетентності, у відповідності до опитувальника (шкали опитування).

Для забезпечення валідності результатів експерименту необхідно довести, що відмінності між контрольною і експериментальною групою у рівні комунікативної компетентності на момент констатувального етапу експерименту є несуттєвими.

Першою застосованою методикою став опитувальник з оцінки доброзичливості за шкалою Д. Кемпбелла (Додаток Ж). Результати тестування були занесені у Таблицю 3.1.

Оскільки шкала є прямою, то

$$K_1 = \frac{E_{\text{сер}}}{E_{\text{max}}} \cdot 100\%, \quad (2.2)$$

де E_{max} – максимально можливий бал, що може бути отриманий за цією методикою; $E_{\text{сер}}$ – отримане середнє значення.

Таблиця 2.1

Дані за шкалою Д. Кемпбелла з оцінки доброзичливості

Група	$E_{сер}$	E_{max}	K_1	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
КГ	4,24	8	52,00%	38,46%	50,0%	11,54%
ЕГ	4,34		54,26%	58,30%	53,19%	8,51%

Порівняємо для обох вибірок суттєвість відмінностей між ними. Оскільки кількість учасників в обох групах різна, а кількість є досить невеликою (не перевищує 60 осіб), то доцільним буде застосування до порівняння непараметричного критерію U Манна-Уїтні. Для того, щоб цей критерій був застосовний із прийнятною точністю, на його використання накладаються наступні умови:

1) обсяг вибірок повинен бути не менше трьох ($n_1, n_2 \geq 3$); допускається існування всього двох спостережень в одній з вибірок, але при цьому в другій їх повинно бути не менше п'яти ($n_1 = 2, n_2 \geq 5$);

2) обсяг кожної з вибірок не повинен перевищувати 60 [11].

Для цього об'єднаємо вибірки та проведемо відповідне ранжування для обох груп, визначимо вагомість кожного (додаток А)

Порівняємо вибірки КГ з ЕГ.

Визначимо рангову вагомість P для значень вибірок. Так у об'єднаній проранжованій вибірці елементи із найменшим однаковим значенням займають позиції 1 по 10, то їх рангова вага буде $P = (1+10)/2=5$; елементи із значенням «3» – другі за величиною, оскільки їх 18, розташуються в позиціях із 11 по 28. Тоді їх рангова вагомість $P = (11+28)/2= 19,5$ і т.д.

Порахуємо рангові суми (кожен із доданків – добуток кількості однакових значень і на їх рангову вагу):

$$P_{КГ} = 3 \cdot 5,5 + 7 \cdot 19,5 + 5 \cdot 34 + 5 \cdot 46,5 + 5 \cdot 60 + 3 \cdot 70 = 945,5;$$

$$\text{Так само розрахуємо рангову суму для ЕГ: } P_{ЕГ} = 1755,5;$$

Визначимо емпіричні значення критерію U Манна-Уїтні за формулою:

$$U_{емп} = (n_1 \cdot n_2) + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} + P_x, \quad (2.3)$$

де n_1 – кількість респондентів в групі КГ – 26 осіб; n_2 – 47 осіб;

P_x – більша рангова сума, n_x – кількість респондентів в групі з більшою

рангової сумою.

Результат: $U_{\text{емп}} = 594.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{0,01} = 408$; $p \leq 0,05 : U_{0,05} = 467$;

Вісь значущості:

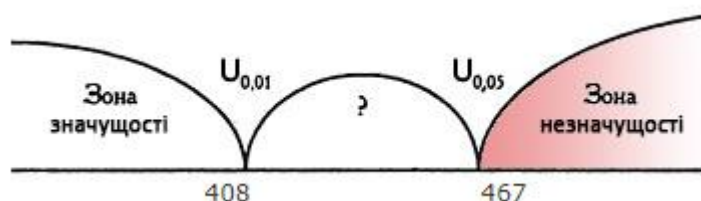


Рис 2.1. Значущість відмінностей проявів доброзичливості в групах КГ і ЕГ.

Таким чином, відмінності у доброзичливості в обох групах незначимі (рис 2.2.) і вони можуть брати участь в експерименті.

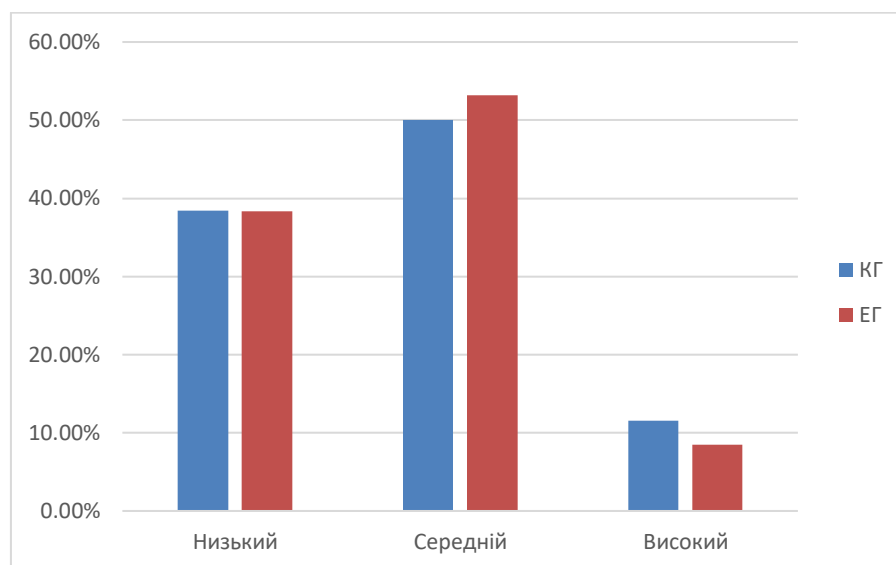


Рис.2.2. Результати опитування за шкалою

Д. Кемпбелла з оцінки доброзичливості

Другими були досліджені відмінності між результатами КГ і ЕГ проведеної діагностики рівня емпатії за І. М. Юсуповим (Додаток 3).

Таблиця 2.3

Результати діагностики рівня емпатії за І. М. Юсуповим

Група	$E_{\text{сер}}$	E_{max}	K_2	Рівень				
				Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
КГ	61,81	90	68,68%	0,0%	19,23%	26,92%	23,08%	30,77%

ЕГ	59,55		66,17%	0,0%	17,02%	27,66%	25,53%	29,79%
----	-------	--	--------	------	--------	--------	--------	--------

Порівняємо для обох вибірок суттєвість відмінностей між ними.
(додаток Б)

Порівняємо вибірки КГ з ЕГ.

$U_{\text{емп}} = 555$ перевищує критичні значення $U_{0,01} = 408$ та $U_{0,05} = 467$.

Таким чином, відмінності у рівні емпатії в обох групах незначимі (рис 2.3.) і вони можуть брати участь в експерименті.

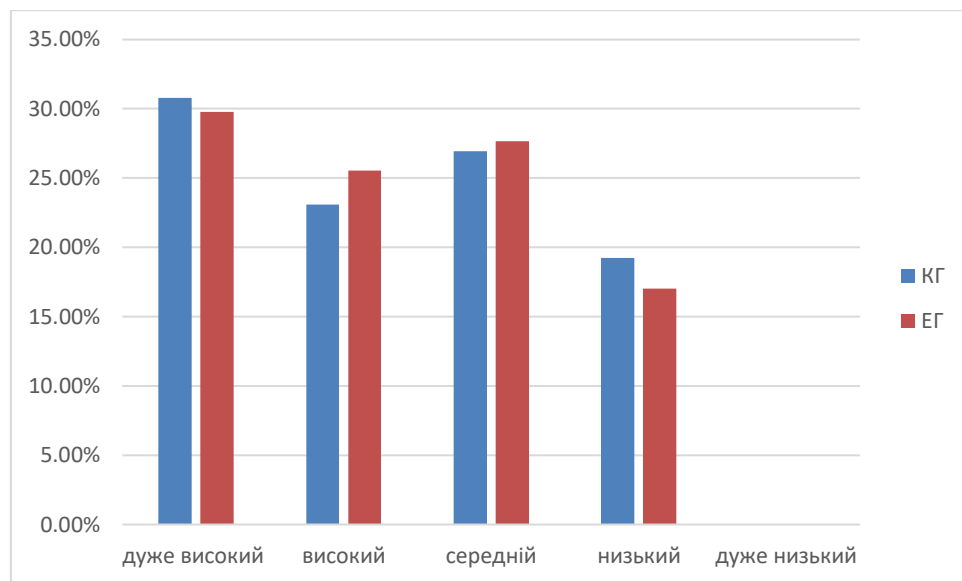


Рис.2.3. Результати діагностики рівня емпатії за І. Юсуповим

Наступним відбулося тестування за опитувальником В. Ряховського для визначення рівня комунікабельності (Додаток І). Оскільки шкала Ряховського інверсивна, то інтегральна характеристика визначалась за формулою

$$K_3 = \frac{E_{\text{max}} - E_{\text{сер}}}{E_{\text{max}}} \cdot 100\%, \quad (2.4)$$

де E_{max} – максимально можливий бал, що може бути отриманий за цією методикою; $E_{\text{сер}}$ – отримане середнє значення.

Таблиця 2.5

Результати діагностики рівня комунікабельності за В. Ряховським

№	$E_{\text{сер}}$	Е	K_3	Рівень
---	------------------	---	-------	--------

		x		Дуже низький	Низький	Нижче середнього	Середній	Високий	Вище середнього	Дуже високий
КГ	15,65	32	51,09 %	7,69%	11,54 %	15,38 %	19,23 %	23,08 %	15,38 %	7,69 %
ЕГ	16,21		49,38 %	8,51%	12,77 %	14,89 %	19,15 %	21,28 %	14,89 %	8,51 %

Порівняємо суттєвість відмінностей між вибірками контрольної та експериментальної груп. (Додаток В)

Порівняємо вибірки КГ з ЕГ.

$U_{\text{емп}} = 589$ перевищує критичні значення $U_{0,01} = 408$ та $U_{0,05} = 467$.

Таким чином, відмінності у рівні комунікабельності в обох групах незначимі (рис 2.4.) і вони можуть брати участь в експерименті.

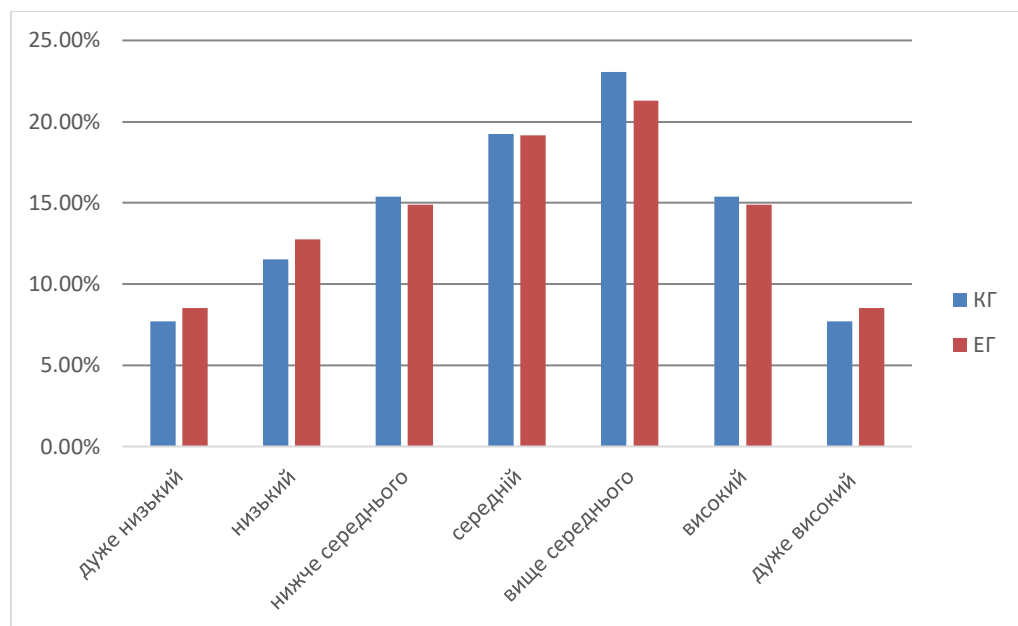


Рис.2.4. Результати діагностики рівня комунікабельності за В. Ряховським

Наступним відбулося тестування за опитувальником А. Карпова для визначення рівня рефлексивності [75] (Додаток І).

Таблиця 2.7

Дані за опитувальником А. Карпова для визначення рівня рефлексивності

Група	$E_{\text{сер}}$	E_{max}	K_4	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
КГ	5,96	10	59,6%	15,38%	38,46%	46,15%

ЕГ	5,83		58,3%	14,89%	40,43%	44,68%
----	------	--	-------	--------	--------	--------

Порівняємо для обох вибірок суттєвість відмінностей між ними (Додаток Г)

Таблиця 2.8.

Порівняємо вибірки КГ з ЕГ.

$U_{\text{емп}} = 597.5$ перевищує критичні значення $U_{0,01} = 408$ та $U_{0,05} = 467$.

Таким чином, відмінності у рівні комунікабельності в обох групах незначимі (рис 2.5.) і вони можуть брати участь в експерименті.

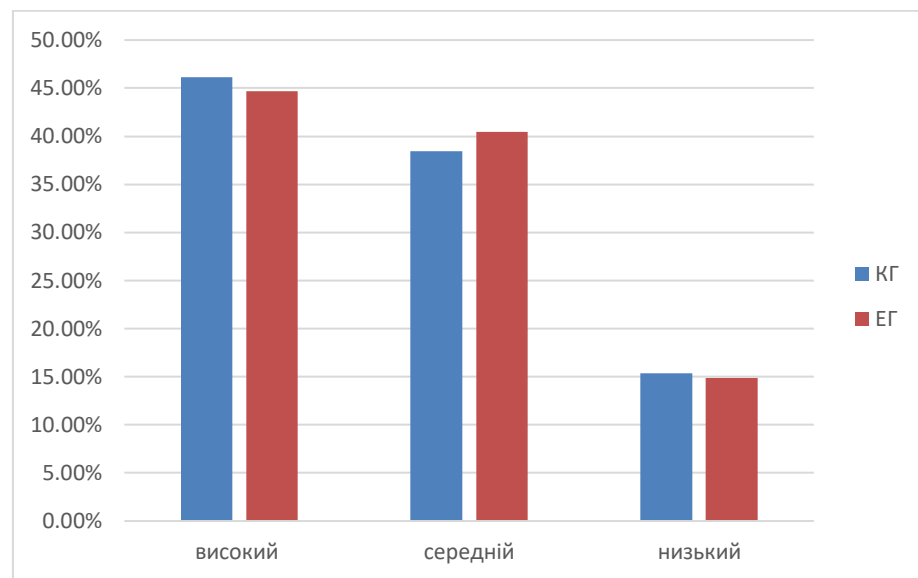


Рис.2.5. Результати діагностики рівня рефлексивності за опитувальником

А. Карпова

Наступною була проведена експрес-діагностика стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна [162] (Додаток К)

Таблиця 2.9

Результати експрес-діагностики стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна

Група	$E_{\text{сер}}$	E_{max}	K_5	високий рівень конфліктності	виражена конфліктність	середній рівень конфліктостійко сті	високий рівень конфліктостійко сті
КГ	36,96	50	73,92%	0,00%	11,54%	50,00%	38,46%
ЕГ	38,19		76,38%	0,00%	4,26%	48,94%	46,81%

Порівняємо для обох вибірок суттєвість відмінностей між ними. (додаток Д).

Порівняємо вибірки КГ з ЕГ.

$U_{\text{емп}} = 562.5$ перевищує критичні значення $U_{0,01} = 408$ та $U_{0,05} = 467$.

Таким чином, відмінності у рівні комунікабельності в обох групах незначимі (рис 2.5.) і вони можуть брати участь в експерименті.

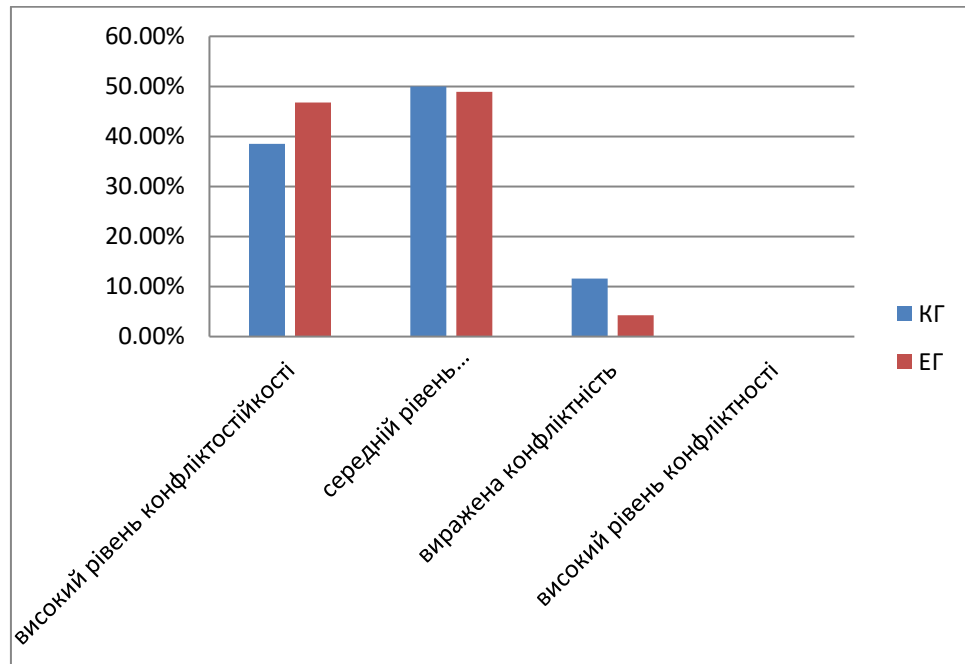


Рис.2.6. Діаграма результатів експрес-діагностики стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна

Наступною була реалізована діагностика загальної комунікативної толерантності за методикою В. Бойко [22] (Додаток Л).

Ця методика містить 9 шкал для вимірювання:

Шкала 1. Неприйняття або нерозуміння індивідуальності іншої людини

Шкала 2. Використання себе як еталону при оцінці поведінки і способу мислення інших людей.

Шкала 3. Категоричність або консерватизм в оцінках інших людей.

Шкала 4. Невміння приховувати або згладжувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів.

Шкала 5. Прагнення переробити, перевиховати партнерів.

Шкала 6. Прагнення підігнати партнера під себе, зробити його «зручним».

Шкала 7. Невміння прощати іншим помилки, незручність, ненавмисно заподіяні вам неприємності.

Шкала 8. Нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту, створюваному іншими людьми.

Шкала 9. Невміння пристосовуватися до характеру, звичок і бажань інших.

За кожною із шкал було винесене судження про ступінь толерантності. Для визначення ступеня толерантності для окремої шкали ми використали методику, модернізовану до запропонованої Н. Ахметгаліною та В. Гагай методики (автори пропонували з позиції інтолерантності): висока толерантність 0–5 б., середня толерантність 6–10 б., слабка толерантність 11–13 б., інтолерантність – 14–15 б. [11].

Отримані результати статистичного підрахунку опитувань були нами зведені до таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Результати діагностики загальної комунікативної толерантності за методикою В. Бойко [22].

Група	Шкала	Е _{сер}	Е _{max}	K _{5,14}	Висока толерантність		Середня толерантність		Слабка толерантність		Інтолерантність
					осіб	%	осіб	%	осіб	%	
КГ	1	5,27	15	64,87%	14	53,85	12	46,15	0	0	0
	2	4,58		69,49%	15	57,69	11	42,31	0	0	0
	3	5,27		64,87%	15	57,69	11	42,31	0	0	0
	4	3,96		73,59%	20	76,92	6	23,08	0	0	0
	5	4,85		67,69%	16	61,54	10	38,46	0	0	0
	6	5,19		65,38%	17	65,38	8	30,77	1	3,85	0

	7	5,31		64,62%	15	57,69	10	38,46	1	3,85	0
	8	4,35		71,03%	17	65,38	9	34,62	0	0	0
	9	4,27		71,54%	18	69,23	8	30,77	0	0	0
	Σ	43,04	135	68,12%	18	69,23	8	30,77	0	0	0
ЕГ	1	4,81	15	67,09%	34	72,34	11	23,40	2	4,26	0
	2	4,43		70,50%	34	72,34	13	27,66	0	0	0
	3	4,94		66,81%	36	76,60	9	19,15	2	4,26	0
	4	4,40		70,07%	33	70,21	14	29,79	0	0	0
	5	4,55		68,79%	32	68,09	15	31,91	0	0	0
	6	5,47		67,80%	32	68,09	14	29,79	1	2,13	0
	7	4,66		68,51%	29	61,70	17	36,17	1	2,13	0
	8	4,87		66,52%	29	61,70	17	36,17	1	2,13	0
	9	4,28		71,35%	37	78,72	10	21,28	0	0	0
	Σ	42,38	135	68,61%	33	70,21	14	29,79	0	0	0

Для визначення, чи існують суттєві розбіжності між вибірками, порівняємо вибірки КГ і ЕГ для загальної комунікативної толерантності (Таблиця 2.12).

$U_{\text{емп}} = 542.5$ перевищує критичні значення $U_{0,01} = 408$ та $U_{0,05} = 467$.

Таким чином, відмінності у значеннях результатів експрес-діагностики загальної комунікативної толерантності в обох групах незначимі і вони можуть брати участь в експерименті (Додаток Е)

Такий стан речей наочно можна відобразити за допомогою пелюсткової діаграми (рис 2.7.).

Попарне порівняння відповідних шкал різних компонентів толерантності відображено на рис. 2.8.

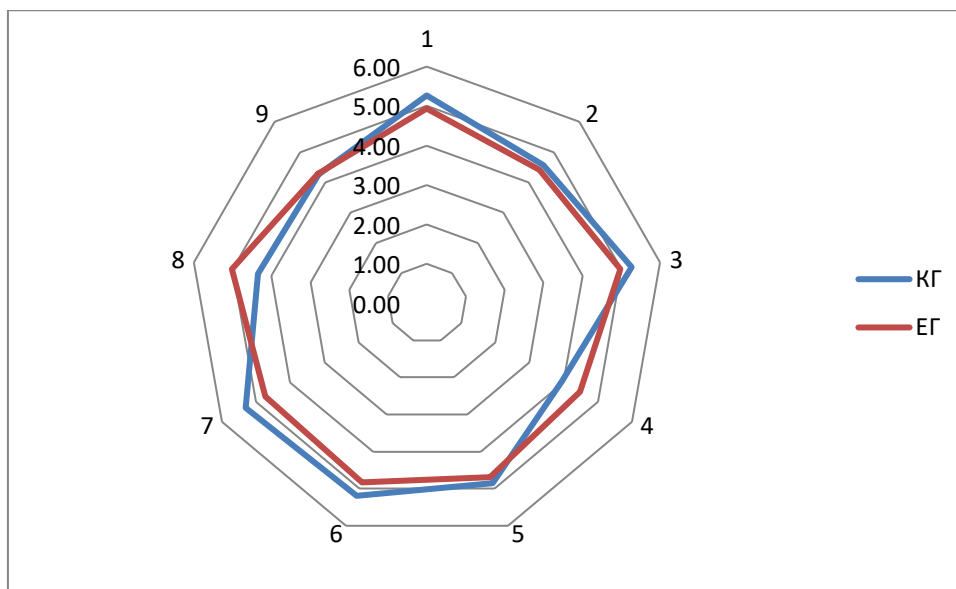


Рис.2.7. Порівняння результатів експрес-діагностики загальної комунікативної толерантності в контрольній та експериментальній групах

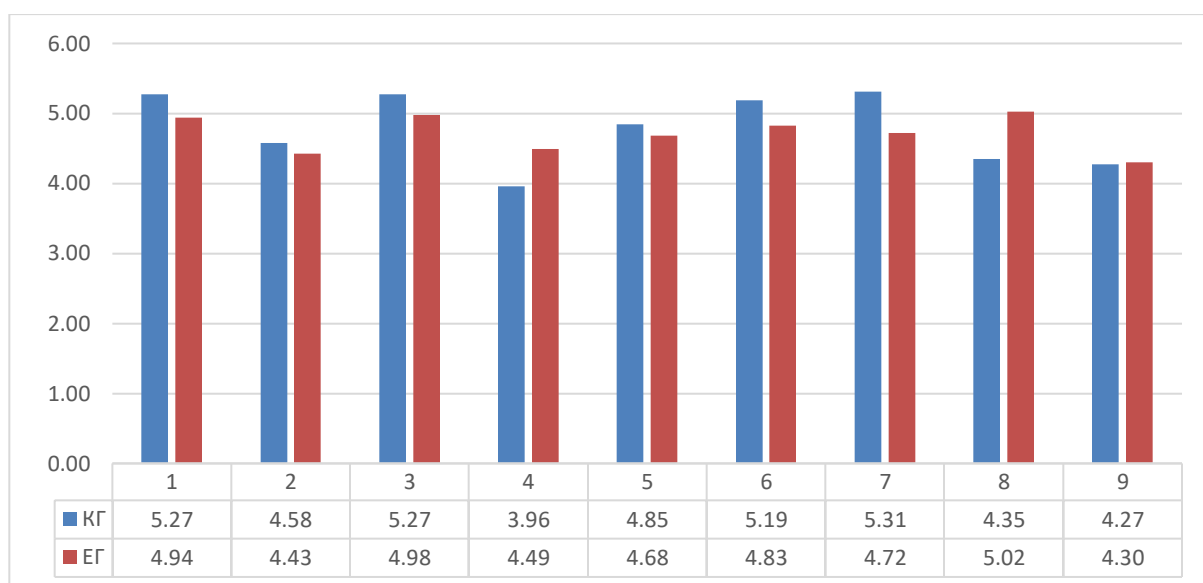


Рис.2.8. Порівняння середніх результатів експрес-діагностики комунікативної толерантності за її компонентами в контрольній та експериментальній групах

Підсумовуючи результати констатувального експерименту, зазначимо, що нам вдалося оцінити комунікативну компетентність, розглянувши її як сукупність компонентів – якісних характеристик особистості, відображеними в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Оцінка комунікативної компетентності за її складовими

№	Індекс	Шкала	Група	
			КГ	ЕГ
1	K ₁	Доброзичливість	52,00%	54,26%
2	K ₂	Емпатія	68,68%	66,17%
3	K ₃	Комунікабельність	51,09%	49,38%
4	K ₄	Рефлексивність	59,6%	58,3%
5	K ₅	Конфліктостійкість	73,92%	76,38%
6	K ₆	Сприймання індивідуального в інших	64,87%	67,09%
7	K ₇	Сприймання іншого стилю мислення	69,49%	70,50%
8	K ₈	Толерантність в оцінці інших	64,87%	66,81%
9	K ₉	Вміння приховувати неприємні почуття	73,59%	70,07%
10	K ₁₀	Вміння приймати людей такими, які вони є	67,69%	68,79%
11	K ₁₁	Повага до особистості	65,38%	67,80%
12	K ₁₂	Вміння прощати	64,62%	68,51%
13	K ₁₃	Терпимість до дискомфорту від спілкування	71,03%	66,52%
14	K ₁₄	Адаптивність	71,54%	71,35%
Σ	K	Комунікативна компетентність	65,60%	65,85%

Проведений нами констатувальний етап експерименту дозволив нам визначити поточний рівень комунікативної компетентності медиків кардіологічного профілю, який умовно склав 65,60% для контрольної і 65,85% для експериментальної групи.

У ході аналізу отриманих даних було виявлено, що обидві відібрані нами групи (як контрольна, так і експериментальна) мають несуттєві відмінності у рівні всіх складових комунікативної компетентності, а відтак можуть брати участь в експерименті, без втрати ним валідності.

Фактично за всіма показниками рівень є середнім або високим. Найнижчі значення має комунікабельність (51,09% для контрольної і 49,38% для експериментальної групи), а найвищі – конфліктостійкість, відповідно 73,92% для контрольної і 76,38% для експериментальної групи.

Висновки до другого розділу

Другий розділ дисертаційного дослідження присвячений вирішенню другого та третього завдань.

У даному розділі розглянуто етапи та процеси дослідження, описано вибірку досліджуваних, методи дослідження особливостей комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю. Етапи дослідження: Перший етап – орієнтовно-пошуковий, передбачав розробку концепції роботи, визначення мети, завдань, підбір адекватних методів. На другому етапі – констатувальному було проведене емпіричне дослідження особливостей комунікації лікарів-кардіологів з пацієнтами кардіологічного профілю. Для цього було визначено бази дослідження, взята згода в медичних працівників на участь в експерименті, та використання отриманих персональних даних для включення їх в статистичну вибірку на засадах деперсоніфікації та анонімності. Проведено первинну психодіагностику медичних працівників, визначено поточний рівень їх комунікаційної компетентності. На цьому етапі в дослідженні взяли участь 73 лікарі-кардіологи та інтерни різних медичних закладів. З них було сформовано контрольну групу (далі КГ) у складі 26 осіб та експериментальну (відповідно, 47 осіб, ЕГ).

Проведений нами констатувальний етап експерименту дозволив нам визначити поточний рівень комунікативної компетентності медиків кардіологічного профілю, який умовно склав 65,60% для контрольної і 65,85% для експериментальної групи, від максимально можливого її значення за запропонованими діагностичними методиками. В ході аналізу отриманих даних було з'ясовано, що обидві відібрані нами групи (як контрольна, так і експериментальна) мали несуттєві відмінності у рівні всіх складових комунікативної компетентності а відтак могли брати участь у експерименті, без втрати ним показників валідності. Третій етап – формувальний. Цей етап включав розробку та апробацію програми з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю. Із експериментальною групою були проведені навчальні заняття, бесіди.

Наприкінці етапу були зроблені відповідні діагностичні зрізи як у контрольній, так і в експериментальній групах.

Формувальний етап експерименту проводився із медичними працівниками – кардіологами та інтернами, в якому взяло участь 47 осіб, тобто всі учасники експериментальної групи. Четвертий етап – підсумковий, включав аналіз та інтерпретацію отриманого емпіричного масиву даних, визначення оцінки ефективності проведення розробленого комплексу занять, підведення підсумків експерименту, відповідних висновків. Кількість респондентів на підсумковому етапі експерименту не змінилась і залишилась рівною 26 для контрольної групи медиків і 47 для експериментальної групи медиків кардіологічного профілю. Всі медики-кардіологи з ЕГ пройшли повний курс навчання, відповідно до запропонованої моделі. Медики з КГ у навчальному процесі участі не приймали

Проведений констатувальний етап експерименту дозволив визначити поточний рівень комунікативної компетентності лікарів-кардіологів та інтернів.

Фактично за всіма показниками рівень є середнім або високим. Найнижчі значення має комунікабельність (51,09% для контрольної і 49,38% для експериментальної групи), а найвищі – конфліктостійкість, відповідно 73,92% для контрольної і 76,38% для експериментальної групи.

Обидві групи лікарів показали фактично однаковий досить високий рівень адаптивності (відповідно 71,54% для контрольної і 71,35% для експериментальної груп). Це означає, що лікарі були готові пристосовуватись до поточної ситуації, змінюватись, сприймати нове. Експериментальна група показала суттєво нижчі значення терпимості до дискомфорту від спілкування (66,52% проти 71,03% в контрольної). Що зумовило необхідність приділення посиленої уваги цій характеристиці у процесі проведення навчальних занять.

Матеріали II розділу дисертації опубліковані у наступних працях:

1. Кушнєрьова А. М. Проблема дослідження комунікативних якостей, навичок та вмінь лікаря-кардіолога. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук.

пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ : ПП Лисенко, 2019, Т. IX, вип. 12. С. 232–241.

2. Kushnireva A M. Development of communicative qualities of a medical worker in the diad «medical worker – patient» of the cardiological profile. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. 2019, Vol. 13. P. 144–150.

РОЗДІЛ III КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА З ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАРЯ-КАРДІОЛОГА З ПАЦІЄНТАМИ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Третій розділ дисертаційного дослідження є вирішенням четвертого завдання, яке полягає в розробці та впровадженні комплексної програми з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю та дослідженні результативності її впливу.

3.1. Обґрунтування методологічної основи комплексної програми

Метою даної частини дослідження є (за результатами проведеної психодіагностики особливостей комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю) створити та впровадити комплексну програму з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю, а також відстежити її ефективність.

У філософсько-методичне підґрунтя даної програми покладено:

– *психодинамічний підхід* (Ф. Александер, Дж. Боубі, К. Бріш, Г. Католик, М. Кляйн, З. Фрейд, Е. Фромм, К. Хорні,) як філософію бачення проблеми саморегуляції емоційних переживань, яка має континуальну природу різних психологічних симптомокомплексів (особистісні особливості, культурологічні та нозологічна обтяженість);

– *компетентнісний підхід* означає поступову переорієнтацію домінуючої освітньої парадигми з переважаючою трансляцією знань,

формуванням навичок на створення умов для оволодіння комплексом компетенцій, тобто ототожнюється з оволодінням особою комплексом компетенцій; компетентнісний підхід висуває на перше місце не поінформованість особи, а вміння вирішувати проблеми, тобто наголошується на комплексі умінь особи розв'язувати певні проблеми; особливості навчання на основі компетентності: навчання сконцентроване на вихідних результатах, а не на вхідних; враховується переважно здатність виконання практичних завдань, але беруться до уваги і знання; навчання у виробничих умовах, тобто звертається увага на здатностях фахівця до виконання практичних завдань на виробництві.

– *системний підхід*, принцип вивчення будь-якого психічного явища або психологічної проблеми, в даний час загальноприйнятий у науковому психологічному співтоваристві. Системний підхід за своєю суттю є якісно-сутнісним аналізом цілісних об'єктів, самостійним методологічним засобом передбачення, опису, пояснення цілісних утворень [104], «сполучною ланкою між філософською методологією та методологією конкретних наук» [10], що дозволяє будувати нові шляхи пізнання складних цілісних об'єктів, та нові проблеми їх дослідження. Ідеї системного підходу у вітчизняній психології і психопатології представлені в роботах О. Асмолова, Б. Братуся, В. Мясищева та ін.

– *дослідження особливості комунікації у взаємодії «лікар-кардіолог-пацієнт» кардіологічного профілю* (Є. Гаврилова, О. Грандо, С. Грандо, Ю. Зимін, Т. Трибрат, О. Хомська, М. Шантручек, С. Шуть, В. Шепітько), де наголошується на тому, що під час складання психологічного портрета особистості пацієнта лікар-кардіолог повинен побачити й оцінити цю особистість у динаміці психологічної діяльності, у різноманітних проявах темпераменту й характеру. Через це конструктивний виховний процес безпосередньо пов'язаний з формуванням емоційно стабільного та усвідомлюваного Я-образу особистості. Завдання розвитку комунікативної компетентності знаходять своє відображення в конкретних функціях, таких як

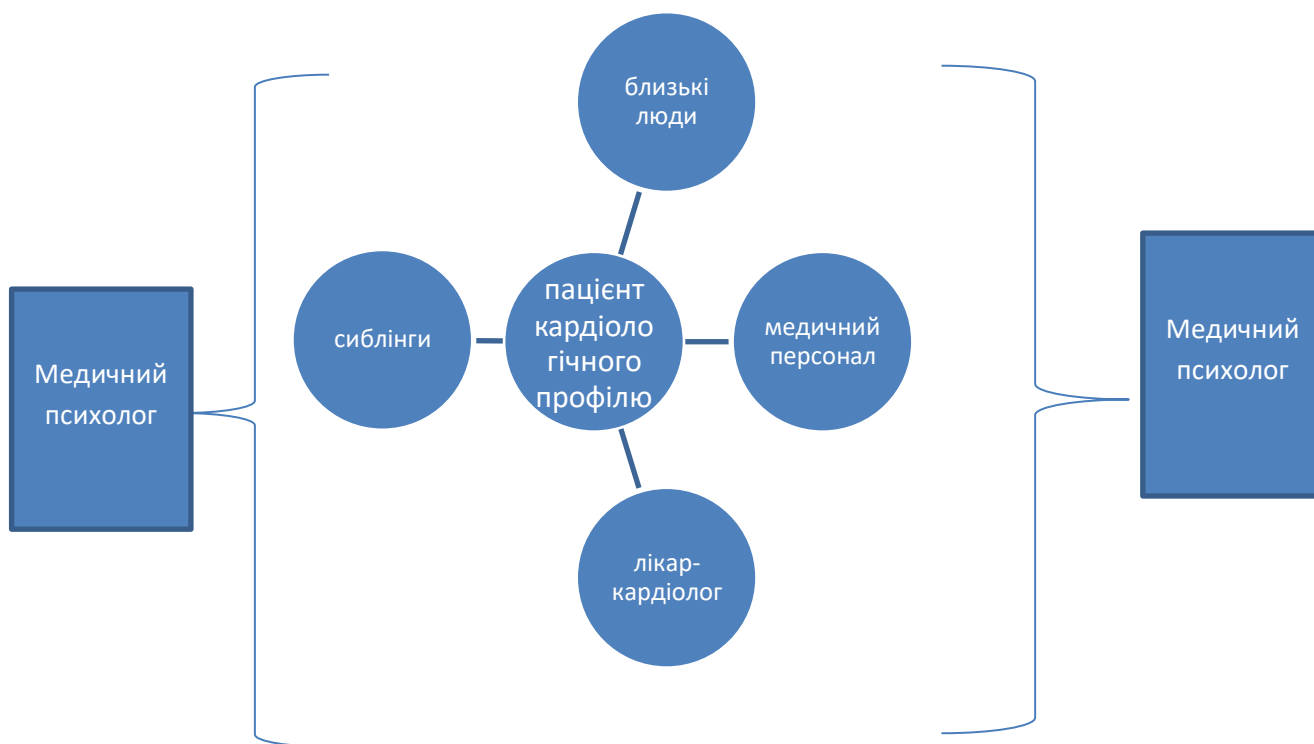
аналітична, пізнавальна, компенсаторна, розвивальна, нормативна, мотиваційна та рефлексивна функції. Вони тісно взаємодіють між собою, переходять одна в іншу й фактично представляють єдиний процес.

– *генетико-моделюючий підхід* (Л. Виготський, С. Максименко) в контексті якого розглядаємо мультимодальність розвитку особистості та формуємо засоби для створення сприятливого простору з метою розвитку комунікативної компетентності [38; 106].

У ході проведення дослідження було приділено значну увагу аналізу комунікаційної діяльності лікаря. Оскільки на констатувальному етапі відбулось повне діагностування, то це дозволило виокремити найбільш слабкі місця в системі знань, умінь, навичок, особистісних ставлень, здатностей, необхідних для реалізації професійних функцій і здійснення цілеспрямованого впливу на розвиток їх комунікативної компетентності.

На час госпіталізації осіб із кардіологічними захворюваннями медичне середовище виконує важливі функції за сприятливого розвитку подій, є контейнуючим для психічних та фізичних станів пацієнтів або ж навпаки, тригируючим, та стресогенним, як наслідок провокуючим загострення симптоматики та виникнення синдрому госпіталізму.

Тож, час перебування осіб з кардіологічними захворюваннями в клініці є формою взаємодій у системі, яку схематично унаочнюємо нижче, рис. 3.1.



Аналізуючи механізми психокорекційних впливів, опираючись на дослідження С. Лебедева А. Осипової, Н. Степанової, О. Цимбала, І. Ялома, Т. Яценко [131, 154, 177], можемо підсумувати наступні особливості змішаного підходу. Цей підхід включає повідомлення психоедукційної інформації за час взаємодії; аспект групової підтримки, як правило, осіб зі схожими життєвими ситуаціями, що дає розуміння особам із кардіологічними захворюваннями, що вони не є самотніми у своїх переживаннях, а також залучає елементи індивідуального супортивного супроводу.

3.2. Етапи впровадження програми

Етап I підготовчий – психоедукація та психологічне консультування лікарів-кардіологів та інтернів

Із метою підвищення якості реалізації побудованої моделі на формувальному етапі експерименту **було проведено курс лекцій-бесід** із питань підвищення рівня комунікативної компетентності. Такими лекціями стали:

Загальні поняття комунікаційної компетентності, типи спілкування

(Додаток В).

Було визначено, що комунікативна компетентність у професійній діяльності лікаря-кардіолога означає вміння не тільки психологічно правильно будувати комунікацію з хворим, але і здатність у процесі цієї комунікації залишатися в рамках професійної ролі [47].

Були розглянуті моделі взаємодії лікаря і пацієнта:

- *керівництво* – авторитарна модель, при пасивній ролі хворого в лікувальному процесі, коли медпрацівник виходить виключно зі своїх професійних знань, уявлень про необхідність лікувальних заходів.
- *партнерство* – співпраця в питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом.
- *контрактна* – співпраця на основі взаємних зобов'язань, позначених завдань, очікуваних результатів. Застосовується в умовах платної медицини.

Роль невербальних компонентів комунікації в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю»: міміка і жести.

Найбільш інформативною, зрозумілою і легкою у декодуванні у процесі спілкування є міміка – рухи м'язів обличчя, що відображають внутрішній емоційний стан, який надає понад 70 % інформації. Спілкуючись із пацієнтами, лікарі-кардіологи повинні пам'ятати, що лоб, брови, рот, очі, ніс, підборіддя – ці частини обличчя виражають основні людські емоції: страждання, гнів, радість, здивування, страх, відразу, щастя, зацікавлення, смуток тощо. Важливо зазначити, що основне пізнавальне навантаження в ситуації розпізнавання справжніх почуттів людини несуть брови та губи. Науково доведено, що лівий бік обличчя значно частіше виказує емоції людини, ніж правий; це пояснюється тим, що права півкуля, яка контролює емоційне життя людини, відповідає за лівий бік обличчя. Позитивні емоції відбиваються майже однаково на обох половинах обличчя, а негативні – яскравіше виражені на лівому.

Жести при спілкуванні несуть багато інформації, у мові жестів є слова та речення. У лікарській діяльності особливо важливі жести-ілюстратори – це жести-повідомлення: вказівники (вказівним пальцем пацієнт вказує місце, де він відчуває біль); піктографи, тобто образні картини зображення (такого розміру і такої форми), часто виступають як важливе діагностичне доповнення; кінетографи – рухи тілом краще за слово описують ті вимушені рухи, як повинен робити пацієнт, щоб зменшити свої страждання; а також жести-біти (жести-відмашки) та ідеографи – своєрідні рухи руками, що сполучають уявні предмети.

Спілкування включає значну кількість жестів-регуляторів, що виражають ставлення до почутого, це може бути: посмішка, кивок, скерування погляду, цілеспрямовані рухи руками, які дають змогу підтвердити свою зацікавленість у почутому і реагування на нього. Не менш важливим є зчитування жестів – адапторів – специфічних рухів рук: чухання або посмикування окремих частин тіла; торкання або поплескування співрозмовника чи себе самого; погладжування, перебирання предметів, що є напoxваті (олівець, гудзик тощо), які зазвичай вказують на підвищений рівень тривожності пацієнта, його невпевненість у собі, намагання заспокоїтись, здійснюючи звичні рухи. Складнішим для декодування є жести – ефектори, що виражають певні емоції за допомогою рухів тіла або м'язів обличчя, оскільки кожна людина може вкладати в них різний, часом парадоксальний зміст. Але вони стають зрозумілими під час тривалого спостереження за пацієнтом і можуть надавати додаткову інформацію про самопочуття та переживання пацієнта.

Намагаючись виявити свої почуття, люди охоче звертаються й до жестикуляції. Ось чому для проникливого лікаря людини важливо набути уміння розуміти жести. Загальновідомі жести оцінювання (почухування підборіддя, випростування вказівного пальця вздовж щоки; вставання і ходіння), які можуть підказати лікареві, що пацієнт не переконаний у правильності висновків лікаря; жести впевненості – з'єднання пальців у

склепіння піраміди; розгойдування на стільці, які зазвичай роблять пацієнти, впевнені у власній думці, які прийшли отримати медичну допомогу, вже маючи власний діагноз та план лікування; жести невпевненості та знервованості (переплетені пальці рук, пощипування долоні, постукування пальцями по столу), які вказують на тривожність пацієнта, невпевненість щодо стану їхнього здоров'я та щодо фаховості лікаря; жести самоконтролю (руки за спиною, одна стискає іншу, людина сидить на стільці, міцно вчепившись руками в бильця) свідчать про тривожність пацієнта, яку він намагається приховати від лікаря, страх смерті, страх лікування тощо; жести очікування (потирання долонь, повільне витирання долонь об тканину) теж вказують на тривожність пацієнта, його неспокій щодо стану здоров'я і перспектив; жести заперечення (руки складені на грудях, тулуб відхилений назад, схрещені руки, дотики до кінчика носа) вказують на незгоду пацієнта з позицією лікаря і вимагають пояснень, уточнень і переконання пацієнта; жести прихильності (прикладання руки до грудей, переривчасті дотики до лікаря) вказують на довіру і прагнення отримати допомогу. Уміння краще розуміти ці та інші жести дозволять лікареві краще оцінювати психічний та соматичний стан пацієнта, його рівень довіри до лікаря, щирість та ін.

У межах цієї лекції лікарі познайомились із впливом міміки на сприйняття медика пацієнтом, було відзначено, що лоб, брови, рот, очі, ніс, підборіддя – ці частини обличчя виражають основні людські емоції: страждання, гнів, радість, здивування, страх, відразу, щастя, зацікавлення, смуток тощо.

Була акцентована увага на різних типах жестів, таких як:

- жести-ілюстратори – жести-повідомлення: вказівники (вказівним пальцем пацієнт вказує місце, де він відчуває біль);
- жести-пиктографи, тобто образні картини зображення (такого розміру і такої форми), часто виступають як важливе діагностичне доповнення;
- жести-кінетографи – рухи тілом краще за слово описують ті

вимушені рухи, які повинен робити пацієнт, щоб зменшити свої страждання; а також жести-біти (жести-відмашки);

- жести-ідеографи – своєрідні рухи руками, що сполучають уявні предмети тощо.

Навчальний матеріал до лекції-бесіди

«Загальні поняття комунікаційної компетентності»

Комунікативна компетентність – здатність встановлювати й підтримувати необхідні контакти з людьми, яка може розглядатися як система внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективного спілкування в певному розрізі ситуацій міжособистісної взаємодії. Слід зазначити, що в ситуаціях, коли пацієнт поставлений перед необхідністю звернутися до лікаря за допомогою, комунікативна компетентність важлива і для нього самого. Головне в тому, що некомпетентність у спілкуванні хоча б одного боку здатна зірвати діагностичний і лікувальний процес. Невміння хворого налагодити взаємозв'язок із медичним працівником так само негативно, як і небажання останнього встановити ефективний контакт з пацієнтом.

Виділяють наступні види спілкування:

«Контакт масок» – формальне спілкування. Використовуються звичні маски (ввічливості, чемності, скромності, співчутливості і ін.). У рамках діагностичного та лікувального взаємодії він проявляється у випадках незначної зацікавленості лікаря або пацієнта в результатах взаємодії (наприклад, при проведенні обов'язкового профілактичного огляду, де пацієнт відчуває себе не самотійним, а лікар – не мають необхідних даних для проведення об'єктивного всебічного обстеження і винесення обґрунтованого висновку).

Примітивне – оцінювання іншого за ступенем «потрібності». Якщо потрібен, то активно вступає в контакт, якщо заважає – відштовхують. Подібний вид спілкування може зустрічатися в рамках маніпулятивного спілкування лікаря і пацієнта у випадках, коли при зверненні до лікаря ставиться мета отримати будь-які привілеї (наприклад, лікарняний лист,

довідка, формальний експертний висновок тощо). Інтерес до учасника контакту пропадає одразу слідом за отриманням бажаного результату.

Формально-рольове – регламентує зміст і засоби спілкування, і замість знання особистості співрозмовника обходяться знанням його соціальної ролі. Подібний вибір виду спілкування з боку лікаря може бути обумовлений професійним перевантаженням.

Ділове – враховує особливості особистості характеру, віку, настроїв співрозмовника при націленості на інтереси справи, а не на можливі особистісні розбіжності. При спілкуванні лікаря з пацієнтом такий вид взаємодії стає нерівним. Лікар, розглядаючи проблеми хворого з точки зору власних знань, автономно приймає рішення без узгодження з зацікавленою особою.

Духовне – має на увазі можливість торкнутися в бесіді будь-якої проблеми, поділитися інтимним питанням. Діагностична та лікувальна взаємодія не передбачає такого контакту в силу професійної спрямованості.

1. Маніпулятивне – звернене на отримання вигоди з використанням спеціальних прийомів. Існує маніпулятивний прийом «іпохондризація пацієнта», суть якого полягає в поданні висновку лікаря про стан здоров'я пацієнта у світлі явного перебільшення тяжкості виявлених порушень. Метою такої маніпуляції можуть бути зниження очікувань пацієнта на успіх лікування, пов'язане з бажанням медичного працівника уникнути відповідальності в разі несподіваного погіршення здоров'я хворого, а також демонстрація в необхідності проведення додаткових і більш кваліфікованих дій медичного працівником для отримання винагороди [52].

Моделі взаємодії лікаря-кардіолога і пацієнта.

Керівництво – авторитарна модель, при пасивній ролі хворого в лікувальному процесі, коли медпрацівник виходить виключно зі своїх професійних знань, уявлень про необхідність лікувальних заходів.

Партнерство – співпраця в питаннях лікування, поділ відповідальності за результати обстеження і лікування між медпрацівником і пацієнтом.

Контрактна – співпраця на основі взаємних зобов'язань, позначених завдань, очікуваних результатів. Застосовується в умовах платної медицини.

У спілкуванні медсестри і пацієнта, в процесі встановлення з ним відносин І. Харді виділяє три етапи, характерних для стаціонарного лікування:

1. орієнтація – хворий і медсестра знайомляться один з одним.
2. розгорнутий етап – може мати місце співпраця між собою.
3. завершальний етап – етап виписки, пов'язаний із втратою почуття захищеності у хворого [5].

Навчальний матеріал до лекції-бесіди «Етичні обов'язки лікаря по відношенню до пацієнта»

У зв'язку з гуманістичною спрямованістю медицини як сфери професійної діяльності, соціальний статус лікаря наділяє його певними етичними обов'язками по відношенню до пацієнта. У даний час в медицині співіснують такі етичні моделі:

Модель Гіппократа (принцип «не нашкодь»). Гіппократом були визначені загальні правила взаємодії лікаря з пацієнтом: «Йшлося про зобов'язання перед вчителями, колегами та учнями, про гарантії неспричинення шкоди («Я направляю режим хворих до їхньої вигоди згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від будь-якої шкоди і несправедливості»), надання допомоги, прояви поваги, про негативне ставлення до вбивства і евтаназії («Я не дам ніякій просимо у мене смертельного засобу і не покажу шляху для подібного задуму»), абортам («Я не дам ніякій жінці абортівного пессарія»), про відмову від інтимних зв'язків з пацієнтами («В який би дім я не зайшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далекий від усього навмисного, несправедливого і згубного, особливо від любовних справ з жінками і чоловіками, вільними і рабами», «У лікаря з хворими чимало відносин: адже вони віддають себе в розпорядження лікарів, і лікарі повсякчас мають справу з жінками, з дівчатами і з майном вельми великої ціни, отже, у відносинах всього цього лікар повинен бути помірним»), про лікарську таємницю («Щоб при лікуванні – а також і без лікування я не

почув відносно життя людського з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я промовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею»)).

Модель Парацельса (принцип «роби добро»). В рамках даної моделі моральні відносини з пацієнтом розуміються як складова стратегії терапевтичного поведінки лікаря. Модель Парацельса передбачає врахування індивідуальних особливостей особистості, визнання глибини її душевних контактів із лікарем і включеності цих контактів у лікувальний процес. «Важливість довірчих відносин між лікарем і пацієнтом неодноразово підкреслювалася видатними лікарями минулого, ще в VIII ст. Абу-ль-Фарадж писав: «Нас троє – ти, хвороба і я; якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я залишусь один – ви мене переможете; якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна – ми її здолаємо».

Деонтологічна модель (принцип «дотримання боргу»). Деонтологія – наука про обов'язок, моральний обов'язок моральної досконалості і бездоганності. «Основою деонтології є ставлення до хворого так, яким би в аналогічній ситуації хотілося, щоб ставилися до тебе. ... Деонтологічна модель лікарської етики – це сукупність «належних» правил ..., відповідних тій або іншій конкретній галузі медичної практики. Деонтологія включає в себе питання дотримання лікарської таємниці, заходи відповідальності за життя і здоров'я хворих, проблеми взаємовідносин у медичному співтоваристві, взаємин із хворими та їхніми родичами. Так, прикладом цієї моделі є правила щодо інтимних зв'язків між лікарем і пацієнтом, розроблені Комітетом з етичних і правових питань при Американській медичній асоціації:

- інтимні контакти між лікарем і пацієнтом, що виникають у період лікування, аморальні;
- інтимний зв'язок із колишнім пацієнтом може в певних ситуаціях визнаватися неетичною;
- питання про інтимні стосунки між лікарем і пацієнтом слід включити в програму навчання всіх медичних працівників;
- лікарі повинні неодмінно доповідати про порушення лікарської етики

своїми колегами».

Біоетика (принцип «поваги прав і гідності особистості»). Згідно з концепціями біоетики, «пацієнт залишає за собою право приймати рішення, пов'язані з його здоров'ям і медичним лікуванням. Лікар і пацієнт спільно розробляють стратегію і методи лікування. Лікар застосовує свій медичний досвід і дає роз'яснення щодо прогнозів лікування, включаючи альтернативу нелікування; пацієнт, знаючи свої цілі і цінності, визначає варіант, який найбільше відповідає його інтересам і планам на майбутнє. У даний час на перший план виходить принцип благополуччя пацієнта, який реалізується доктриною інформованої згоди ... Лікар зобов'язаний забезпечити хворого не тільки всією потрібною йому інформацією, але і тією, про яку, в силу своєї некомпетентності, пацієнт може не підозрювати. При цьому рішення пацієнта носять добровільний характер і відповідають його власним цінностям. З цього і випливає моральний стрижень відносин «лікар-пацієнт» у біоетиці – принцип поваги до особистості.

Таким чином, етичні моделі професійної діяльності лікаря повинні бути регуляторами спілкування лікаря і пацієнта. При цьому етика лікарської діяльності не тільки теоретично обумовлена гуманістичними принципами, але і практично впливає на ефективність лікування: «Міжособистісна взаємодія лікаря з пацієнтом направлено на вирішення головного завдання лікарської діяльності – одужання хворого. Успішне вирішення цього завдання виявляється можливо при умови правильної організації відносин лікаря з хворим. ... Проблема спілкування лікаря з пацієнтом представлена в нечисленних дослідженнях під різним кутом зору, але всі автори одностайні в одному: спілкування лікаря з пацієнтом є необхідна складова, визначає успішність медичної практики».

1. Застосування Калгарі-Кембриджської моделі клінічного спілкування, що сприяє розвитку комунікативних навичок лікаря-кардіолога.

Калгарі-Кембриджська модель вважається найбільш успішною: вона

дозволяє лікарю і пацієнту краще зрозуміти один одного, сформувати довіру і прихильність пацієнта до лікування, а значить створює умови для швидкого одужання пацієнта, його лояльності до вас і клініки, зниження кількості ускладнень, невдоволень, конфліктів з боку пацієнта.

Навчальний матеріал до лекції-бесіди «Застосування Калгарі – Кембриджської моделі клінічного спілкування до розвитку комунікативних навичок лікаря» [129].

Починаючи з 1966 року і до цього дня Калгарі-Кембриджська модель вважається найуспішнішою для проведення медичних консультацій, тому в основі наших навчальних заходів для лікарів лежить саме вона.

Дана модель включає в себе 5 основних етапів:

1. Початок прийому
2. Збір інформації
3. Огляд
4. Роз'яснення та планування
5. Завершення прийому.

На кожному етапі є свої завдання, для досягнення яких необхідні комунікативні навички: вміння ставити запитання, вміння структурувати інформацію, навички активного слухання, що підтримує реагування тощо.

1 етап: «Початок консультації».

Основне завдання лікаря на початку консультації – встановити контакт і виявити справжню причину, через яку звернувся пацієнт.

Встановлення контакту з пацієнтом: вітання пацієнта на ім'я та по батькові, уточнення форми звернення до нього, а також знайомство з супроводжуючим, якщо він планує бути присутнім на консультації. Назвіть своє ім'я і спеціалізацію, а якщо з вами працює асистент або медсестра – уявіть її та розкажіть про її роль на консультації.

Після знайомства узгодьте, як буде проходити консультація: «Сьогодні у нас перша консультація, її тривалість годину /30 хвилин /15 хвилин, за цей час Ви розкажете, що хотіли б вирішити на консультації, потім я проведу

огляд, при необхідності порекомендую Вам додаткову діагностику і обговоримо варіанти вирішення вашої ситуації».

Навіть якщо у вас всього 15 хвилин на консультацію, знання про це допоможе пацієнту краще розрахувати час і встигнути поставити необхідні питання.

І вже після цього поставте відкриті питання: «Розкажіть, будь ласка, що Вас привело до мене? Опишіть, будь ласка, ситуацію, яку хочете вирішити?».

У ряді досліджень було показано, що при первинному зверненні 54% скарг і 45% побоювань залишалися не встановлені. Лікарі перебивають пацієнтів, в середньому через 18 секунд, через що пацієнти не встигали озвучувати ряд своїх проблем.

У випадках, якщо були недоліки по виявленню основної причини візиту, консультації з великою ймовірністю виявлялися неефективними.

Важливе значення має підготовка до консультації, що дозволить вам одразу звернутися до пацієнта по імені по батькові (за іменем), а пацієнтові дозволить зрозуміти, що ви чекаєте саме його.

Зверніть увагу, що якщо відкрите питання буде: «Розповідайте, на що скаржитесь» або «Що вас турбує?» – це може збентежити пацієнта, тому що він міг прийти на профілактичний огляд або його нічого не турбує, а прийшов, тому що рекомендував інший лікар.

Поставивши пацієнту питання, вислухайте його відповідь.

Дайте йому хоча б 1 хвилину розповісти про те, з чим він до вас прийшов, і ви знизите ризик прояву опору пацієнта в подальшому на консультації.

На даному і наступних етапах вашими помічниками будуть техніки активного слухання і скринінг.

Слухання й спостереження за пацієнтом: робіть паузи, ставте уточнюючі питання, резюмуйте («будь ласка, розкажіть докладніше ...»), «з чим Ви пов'язуєте виникнення ...»), звертайте увагу на сигнали пацієнта – вербальні і невербальні.

Часом пацієнти намагаються донести до лікаря інформацію за допомогою невербальних сигналів (міміка, інтонації, зміни гучності голосу, жести).

Скринінг – процес виявлення всіх скарг пацієнта шляхом додаткових питань. Скринінг дозволить вам отримати максимально повну інформацію про те, що турбує пацієнта: «Отже, основні питання, які Ви хочете вирішити на консультації, це» (перерахуйте те, що сказав пацієнт). «Що ще»? «Чи є щось ще, на що Ви хочете, щоб я звернула особливу увагу при огляді»?

2. Етап «збір інформації»

При аналізі двох тисяч лікарських консультацій з'ясувалося, що більшість лікарів дотримується закритого стилю спілкування, тобто ставлять переважно закриті питання, за рахунок чого втрачається багато інформації.

Досить часто лікарі виявляли передчасну зосередженість на медичні проблеми, в результаті пацієнти не могли повідомити про все, що їх хвилювало.

Наприклад, пацієнти не могли розповісти про свої очікування і побоювання щодо свого стану здоров'я або пропонованих варіантів лікування.

Техніка питань: використовуйте частіше відкриті питання, тобто які передбачають розгорнуту відповідь, закриті питання хороші для уточнення деталей. Важливо, щоб у пацієнта не створювалося відчуття допиту або відповідей на питання анкети, альтернативні або навідні запитання добрі швидше теж для уточнення деталей («Болить частіше вночі чи вдень?»). Не забувайте виявляти провідні потреби пацієнта: що важливо для нього, які очікування від лікаря і лікування є у пацієнта, яких результатів, в тому числі довгострокових, він хоче при вашій допомозі досягти – все це допоможе вам на етапі «пояснення і планування». Дізнавайтеся про сумніви і тривоги пацієнта, пов'язані з лікуванням.

Загальне правило для ведення консультації: починайте з відкритих питань, щоб дати можливість пацієнту висловитися, а потім переходьте до альтернативних і закритих питань.

Використовуйте техніку активного слухання «узагальнення» – в тому числі проміжне: «Отже, основна причина, через яку Ви сьогодні прийшли», «Таким чином, Ви хочете вирішити ...», «Підсумуємо: основні скарги, з якими Ви прийшли . Щось ще?».

Активне слухання допоможе вам не тільки почути пацієнта, але і дати зрозуміти, що ви зацікавлені, а значить створити умови для формування довіри пацієнта до вас.

Прийоми активного слухання:

кивок головою, «ага», «угу», «продовжуйте», «розумію»;

паузи. Іноді пацієнтові буває важко сформулювати свої думки, особливо, якщо при цьому накочуються емоції;

повторення (відображення) – повторення кількох останніх слів спонукає пацієнта до продовження говорити;

перефразування – це переказ своїми словами змісту повідомлення пацієнта або позначення його почуттів словами: «Ви боїтеся робити дану процедуру», «бачу, що Ви засмучені»).

3. Етап проведення огляду:

Уточніть готовність пацієнта до огляду і розкажіть, як буде проходити огляд, і що після огляду ви обов'язково дасте свої коментарі / висновок.

4. Етап «Пояснення і планування»

Чим детальніше вдасться прояснити запит пацієнта, тим легше пройде етап пояснення і планування, так як пояснення буде безпосередньо ґрунтуватися на зібраній інформації, на очікуваннях пацієнта від лікування, від лікаря.

Дозування роз'яснень: говоріть доступною для пацієнта мовою, уникайте термінології, якщо по-іншому не сказати – пояснюйте. Запитуйте, що пацієнт знає, що хотів би дізнатися. Перевіряйте розуміння, робіть паузи і дивіться за реакцією пацієнта.

Іноді важливо знизити рівень напруги пацієнта, подякувавши за те, що він ставить питання, намагаючись прояснити. Або запитайте: «Чи потрібно

щось повторити ще раз?»).

Запитуйте, що почув пацієнт, з чим він згоден із того, що йому запропоновано.

Пам'ятайте про стадії прийняття діагнозу і важливості правильного реагування лікаря. Якщо це необхідно, важливо використовувати візуальні засоби передачі (об'ємні моделі, наочні малюнки).

Приймаючи реагування лікаря, підтримка пацієнта – приймайте погляди і почуття пацієнта без осуду, так, можливо, ваші цінності не збігаються: ви йому про здоров'я, а він про весілля дочки, та, можливо, ви «пояснили вже багато разів», та, можливо, «тут нема чого боятися, тому що боляче не буде». Прийміть, що всі люди різні – з різним досвідом, різною здатністю сприймати інформацію, різними цінностями, різними потребами і можливостями. Будь ласка, стежте і за своїми невербальними проявами – погляд, поза, зітхання, міміка – вони бувають красномовніші за слова. Вислухайте, дізнайтеся, що викликає сумнів, побоювання, тривоги, небажання. Чи не сперечайтесь, уточнюйте, пропонуйте, але не нав'язуйте, говоріть про ризики та переваги, розділяючи цінності пацієнта.

5. Етап: Завершення консультації

Лише у 16% пацієнтів лікарі запитували, чи є в них додаткові питання, і ніхто з лікарів жодного разу не запитав, чи розуміють пацієнти отриману інформацію (Rhodes, 2004).

Якщо лікарі поспішали і змінювали напрямок розмови раніше, ніж пацієнт встигав розповісти про всі свої скарги, то в кінці консультації впливав «прихований порядок денний»: «Так, до речі, хотів вам розповісти...».

За результатами досліджень, лише 34% лікарів перевіряють, як пацієнти їх зрозуміли: «Щоб переконатися, що ми правильно один одного почули, я попрошу Вас повторити основні рекомендації, які важливо виконувати вдома...».

Завдання даного етапу: підбиття підсумків і складання подальших

планів дій.

Маршрутизація пацієнта та інструкції на випадок, якщо щось піде не за планом.

Підбиваючи підсумок, хочу ще раз сказати, чому саме Калгарі-Кембриджська модель вважається найбільш успішною: вона дозволяє лікарю і пацієнту краще зрозуміти один одного, сформувати довіру і прихильність пацієнта до лікування, а значить створює умови для швидкого одужання пацієнта, його лояльності до вас і клініки, зниження кількості ускладнень, невдоволень, конфліктів з боку пацієнта і збільшення пацієнтів, що приходять до вас за рекомендаціями.

2. Етичні обов'язки медичного працівника по відношенню до пацієнта.

До цієї лекції було включено бесіди про декілька моделей етичних взаємовідносин із пацієнтом, яких має дотримуватись лікар. Це:

- модель Гіппократа (основним принципом є принцип «не нашкодь»). У цій моделі йдеться про гарантії неспричинення шкоди; про надання допомоги, прояви поваги, про негативне ставлення до вбивства і евтаназії; про відмову від інтимних зв'язків з пацієнтами та про лікарську таємницю;
- модель Парацельса, яка полягає у врахуванні індивідуальних особливостей особистості, визнання глибини її душевних контактів із лікарем і включеності цих контактів у лікувальний процес;
- деонтологічна модель, дотримання якої зумовлює дотримання такого ставлення до хворого, яке б в аналогічній ситуації хотілося отримати до самого себе. Ще одним наріжним каменем цієї моделі є постулат про те, що лікарі повинні неодмінно доповідати про порушення лікарської етики своїми колегами.

Були розкриті принципи біоетики як сукупності етичних норм і принципів, що інтегрує в єдине концептуальне ціле аспекти класичної етики та новітні тенденції, що ініційовані бурхливим розвитком науково-технічного прогресу та впливом негативних змін навколишнього середовища на здоров'я

людини [127]. До основних із них відносяться вимога забезпечити хворого не тільки всією потрібною йому інформацією, але і тією, про яку, в силу своєї некомпетентності, пацієнт може не підозрювати; рішення пацієнта мають носити добровільний та усвідомлений характер і відповідати його власним цінностям.

Таким чином, медикам-кардіологам було наголошено, що етичні моделі професійної діяльності лікаря мають виступати регуляторами спілкування лікаря і пацієнта.

Етап II основний – розгляд ряду ситуаційних вправ.

Медикам були представлені моделі ситуацій, що можуть трапитись у процесі спілкування із пацієнтами, і було запропоновано знайти із них вихід.

Такими вправами стали:

- «*Прийом у кардіолога*» – один із медиків відіграє роль пацієнта (у Додатку Є детально наводиться анамнез, емоційний стан, характер пацієнта тощо), другий – «проводить прийом». Група аналізує помилки в комунікації, робить відповідні висновки;

- «*Скарга на кардіолога*». Пацієнтка звернулася до сімейного лікаря зі скаргою на кардіолога. На думку пацієнта, лікар безпідставно порадила приймати Кораксан.

На розгляд групи виносяться такі питання:

- які комунікативні та клінічні помилки були допущені кардіологом?
- пропозиції щодо розв'язання цієї ситуації?
- «*Агресивний пацієнт*». Пацієнт прийшов до лікаря в стані стресу після гострого коронарного синдрому. За результатами спілкування із лікарем (гарним фахівцем), пацієнт написав скаргу на медичного працівника. Необхідно розібрати помилки, допущені лікарем у комунікації, та знайти вихід із ситуації, що склалася.

Ситуаційні завдання

Завдання № 1

Сценарій для стандартизованого пацієнта

Ви – жінка, 26 років, вчитель у школі.

Місце дії: районна поліклініка, кабінет кардіолога.

Обставини: звернулися на прийом кардіолога. Пацієнтку направляли на консультацію до ендокринолога, призначали аналізи, але вона їх не зробила (важко дістати талони на прийом), до ендокринолога так і не потрапила. Останні 1–2 місяці турбують напади серцебиття. Пов’язує свій стан із великою психоемоційною навантаженням у школі. При цьому з лікарем раніше не знайома, в поліклініку раніше зверталася у зв’язку з простудними захворюваннями і плановими медичними оглядами.

Ваша історія життя: вчитель у середній школі, проживаєте з батьками, незаміжня. Свій рівень життя оцінюєте як середній, у цілому задоволені своїм життям. У зв’язку з великим обсягом навчального матеріалу часто сидите за книгами і за комп’ютером у вечірній час. Влітку проводите час у бабусі на дачній ділянці. В цілому, ведете активний спосіб життя (прогулянки з собакою, катання на велосипеді).

Психологічний фон: До свого здоров’я ставитеся уважно, але без зайвої «зацикленості». Завжди вважали себе відносно здоровою людиною, з недугами справлялися самі, вдаючись до допомоги батьків. При цьому за відсутності ефекту від цих методів зверталися до лікарів. Ваші батьки активно з’ясовують подробиці рекомендацій або звертаються до джерел у мережі Інтернет, науково-популярної літератури. Рідні дуже схвильовані, наполягають на відвідуванні лікаря. Ви і самі розумієте, що з Вами відбувається «недобре», але не можете пояснити для себе причину нездужання. Ви стривожені як фактом хвороби, так і тим, що не маєте раціонального пояснення свого стану.

До лікаря звернулися усвідомлено, сподівається на допомогу, налаштовані на обстеження і лікування, готові змінити свої найближчі плани. Розумієте, що зі здоров’ям коїться щось недобре, але сподівається, що нічого серйозного.

У кабінеті лікаря

Пацієнт заходить у кабінет і стоїть біля дверей, чекаючи на запрошення сісти. Сівши, тримає на колінах сумку, демонструючи позою, що йому незручно (лікар повинен запропонувати її поставити на вільний стілець або кушетку, які повинні бути в кабінеті).

Якщо лікар, забувши інструкцію, отриману перед станцією, намагається перейти до огляду, пацієнт самотійно нагадує, що, за умовами станції, консультація закінчується перед оглядом (якщо нікому це зробити по гучному зв'язку).

При опитуванні лікаря:

У відповідь на що відкриває питання лікаря: «Що турбує?» або «З чим звернулися?», «Розкажіть про напади серцебиття» (п. 1 зі списку скарг), і зробить паузу, вичікуючи реакцію лікаря. Всі інші заяви із реєстру (пп. 2–5 зі списку скарг в зазначеному порядку – див. нижче) пред'являєте, тільки якщо лікар:

1. витримує ваші паузи, і ви відчуваєте його інтерес (паузу потрібно робити після кожної пред'явленої скарги!).

2. заохочує вас розповідати більше нейтральними підбадьорюючими репліками або жестами, мімікою (кивання, «угу», «продовжуйте») після кожної пред'явленої скарги.

3. почувши попередні скарги, використовує скринінг: запитує, що ще вас турбує, чи не пропонуючи при цьому варіантів відповіді.

4. узагальнює всі вже озвучені вами скарги і пропонує доповнити цей перелік (тобто використовує «узагальнення»).

1. Стали помічати напади серцебиття, почуття завмирання в роботі серця: «Те серце калатає, наче вистрибне, то перестає битися на секунду, потім знову працює».

ПАУЗА: вичікуєте реакцію лікаря

2. Загальна слабкість, підвищена стомлюваність. Змушені часто відпочивати при навантаженні, яка раніше була для Вас звичайною. Стали помічати, що швидко втомлюєтеся. Весь час хочеться присісти, прилягти, хоча

спите нормально, 8–9 годин щодня.

ПАУЗА: вичікуєте реакцію лікаря

3. Почалися проблеми з диханням – задишка при фізичному навантаженні. Наприклад, з працею піднімаєтеся по сходах до своєї квартири (живете на 4 поверсі в будинку без ліфта, труднощі починаються з 2 го поверху), при тому, що раніше навіть не помічали висоту поверху.

Також ледь встигаєте за собакою на прогулянці – «задихаєтеся», хочеться присісти на лавочку, відпочити.

ПАУЗА: вичікуєте реакцію лікаря

4. Трохи схудла, хоча за вагою не стежу, за вагою не скажу на скільки схудла, при зміні гардероба помітила, що на розмір приблизно, бахмата.

ПАУЗА: вичікуєте реакцію лікаря

5. Стали помічати зміни настрою: то все дратує, то якась туга навалюється.

Хвора близько 6 місяців. Поступово стала помічати, що з'явилася дратівливість, слабкість, родичі відзначають, що часто нервую, можу заплакати без серйозної причини. Потім з'явилася задишка і почуття завмирання в роботі серця. Слідом за задишкою з'явилося серцебиття.

Подібний стан відзначаєте вперше. Були спрямовані на консультацію до ендокринолога, призначені аналізи, які не зробили і до ендокринолога так і не дійшли.

При можливих уточнюючих питаннях лікаря:

При питаннях про будь-яких больових відчуттях – «НІ»

При питанні про нудоті, блювоті – «НІ»

При питанні про зниження апетиту – «НІ»

ТІЛЬКИ В РАЗІ ПИТАННЯ ЛІКАРЯ ПРО ТЕ, ЩО ЩЕ НЕПОКОЇТЬ, ТОБТО ДОДАТКОВИХ СКАРГ (АКТИВНО НЕ НАДАВАТИ):

При питанні про зв'язок серцебиття і задишки відзначити, що спочатку стали відчувати серцебиття і завмирання в роботі серця при фізичних навантаженнях, потім ці відчуття з'явилися в спокої теж. Трохи пізніше стала

помічати задишку при швидкій ходьбі і підйомі на 4 поверх, чого раніше ніколи не було.

Якщо лікар продовжить розпитування про порушення в роботі серця, пояснить, що останні 1–2 місяці почали турбувати напади серцебиття (сильно калатає, наче вистрибне), які виникають при різних ситуаціях. Під час нападу поррахувати пульс дуже важко, так як в основному серце б'ється не рівно. припиняється напад поступово, часто приймає корвалол в цій ситуації. Під час нападу буває задишка і запаморочення, різка слабкість.

Якщо лікар запитає про зниження ваги – відзначити, що апетит збережений, самі не прагнули знизити вагу, дієти не дотримуетесь і не розумієте, чому схудли.

Якщо лікар продовжить розпитування про запаморочення – уточнити, що запаморочення не пов'язане з поворотами голови, не пов'язане з положенням тіла; нудоти, блювоти не виникає.

Буває, коли часто і неритмічно б'ється серце.

При заданому жінці питанні про місячні – відповісти, що регулярні.

При заданому питанні про наявність інших хвороб «НІ». Раніше хворіли на простудні захворювання, грип.

При заданому питанні про наявність алергічних реакцій – «НІ»

При заданих питаннях про хвороби родичів повідомити, що батько клінічно здоровий, у матері з 40 років бувають епізоди підвищення артеріального тиску.

Якщо перераховані питання задані не були – інформація активно не надається при питаннях, виходять за межі описаних, дотримуватися власних уявлень про людину вашого віку, стурбованість станом свого здоров'я і настрої на контакт з лікарем для пояснення, що відбувається.

Завдання № 2. Скарга на кардіолога.

Пацієнтка звернулася до сімейного лікаря зі скаргою на кардіолога, розповіла: «Доктор спілкується зарозуміло, що не послухала серце, не виміряла тиск. Побачила аналіз сечі (10–20 лейкоцитів і ШОЕ – 25) і заявила, що у

мене пієлонефрит. У мене ніяких скарг немає, я відмовилася від її лікування, сказала, що повторю аналіз сечі. У мене слабкість, пульс 50–52 удару, часто аритмія, АТ 110/60 «. Пацієнтка приймає Беталок ЗОК 50 мг і Еналаприл 20 мг.

Лікар порадила приймати Кораксан зі словами: «Мені дуже допомагає».

На питання пацієнтки, а не знизить цей лікарський препарат ще і АТ, тим більше, що Беталок ЗОК їй теж знижує артеріальний тиск, доктор відповіла, що Беталок ЗОК тиск не знижує («Беталок ЗОК її чоловікові не допомагає, а ось Конкор її чоловікові АТ знижує»).

Лікар заявила: «Будете приймати Кораксан, і все у Вас буде добре!»

Пацієнтка купила лікарський препарат на суму 400 грн., прочитала інструкцію, низький артеріальний тиск, брадикардія – протипоказання для прийому препарату. Пацієнтка з обуренням заявила: «Кому мені кинути цю упаковку – кардіологу або главлікаря, яка таких докторів набрала? Вона на пацієнтів із гидливістю дивиться, не слухає, неграмотна, таких до людей пускати не можна!»

Подібні скарги на кардіолога від пацієнтів трапляються систематично, це чують й інші лікарі.

Доктор заспокоїла пацієнтку, запропонувала схему лікування і контролю. Призначила повторну явку.

- *Оцініть ситуацію з точки зору конфлікту і моделі поведінки учасників конфлікту.*

- *Які комунікативні та клінічні помилки були допущені кардіологом?*

- *Ваші пропозиції щодо розв'язання цієї ситуації?*

- *Оцініть рекомендацією кардіолога з точки зору клінічної фармакології?*

ВІДПОВІДЬ:

Лікаря в подібній ситуації потрібно в першу чергу вислухати пацієнта, дати йому виговоритися. Звернути увагу на те, що виписані препарати були в явно завищеному дозуванні – з цим і пов'язана низька частота серцевих

скорочень; запропонувати знизити дозування прийнятих лікарських препаратів (Беталок ЗОК 25 мг і Еналаприл 10 мг). Препарат Кораксан необхідно скасувати, тому що цей лікарський препарат відноситься до групи бета-блокаторів, другої лінії застосування, і призначення його в даній ситуації протипоказано. Сімейний лікар вислухала пацієнтку, заспокоїла її і пояснила всю ситуацію; призначила повторну явку через тиждень.

Найголовніша комунікативна помилка кардіолога полягала в тому, що вона посилялася на особистий досвід і досвід родичів. Не варто забувати, що підбір лікарського препарату для кожного пацієнта строго індивідуальний і заснований на клініко-лабораторних даних; посилення на чийсь досвід у цій ситуації недоречно. Клінічна помилка кардіолога в тому, що вона не зменшила дозування препаратів Беталок ЗОК та Еналаприл, призначила додатково Кораксан, а також не послухала серце і не виміряла АТ.

Сімейний лікар роз'яснила всю ситуацію пацієнтці, знизилася її емоційну напругу і не допустила розвиток конфлікту далі (якби пацієнтка звернулася зі скаргою на кардіолога до Головного лікаря).

Завдання № 3. Агресивний пацієнт

Пацієнт прийшов до лікаря в стані стресу після гострого коронарного синдрому.

Турбує гіпертонічна хвороба, коливання тиску; в поліклініці лікар не зміг підібрати лікарський препарат, щоб стабільно тримати АТ. У чоловіка активна життєва позиція, після пережитого з'явився страх і злість, що руйнуються життєві плани. Агресивний, злий, вимогливий, вважає, що лікарі бездарні, може Ви допоможете? Авторитарний тон пацієнта, його «начитаність» інтернету ввели лікаря в стан непевності.

Пацієнт написав скаргу на лікаря: «Лікар неписьменний, безпорадний, не викликає довіри. Як тільки таких беруть на роботу? «

– Ваша пропозиція для вирішення цієї ситуації?

ВІДПОВІДЬ:

Для початку необхідно було вислухати пацієнта, дати йому

виговоритися, після чого розібратися в його ситуації і підібрати правильне лікування, звернувши увагу пацієнта, що від нього потребують відповідального підходу і самодисципліни («оскільки Ви людина, зацікавлена в результаті, я впевнений, що ми зможемо разом підібрати лікування, яке дасть ефект»). Необхідно дати зрозуміти пацієнтові, що відповідальність за його лікування несе не тільки лікар, а й вона сама.

Для ефективної взаємодії з таким пацієнтом необхідно говорити твердо, чітко, лаконічно («віддзеркалювати» його манеру поведінки, щоб бути «на рівних»), не поступатися своїми позиціями.

Етап III заключний – відпрацювання низки психотехнік підвищення ефективності комунікації.

Крім того, медикам було запропоновано поділитися неоднозначною комунікативною ситуацією із свого досвіду та описати шлях, яким вони із цієї ситуації вийшли. Був здійснений груповий аналіз цих ситуацій.

Ще однією формою роботи із медиками став комплекс психотехнік із підвищення комунікації. До них увійшли:

«Донорське серце» [60]

Дана психотехніка спрямована на відпрацювання командної взаємодії та навичок ведення переговорів, розвитку навичок вирішення конфліктів, розвитку здатності чути і слухати співрозмовника і багато чому іншому.

У ній беруть участь 3–5 команд по 2–5 чоловік, яким дається однакове завдання.

Після розподілу учасників по командам провідний озвучує правила У і роздає підготовлений заздалегідь роздатковий матеріал.

Умови У: уявіть собі, що Ви кардіохірурги, професіонали високого класу. У Вас є список пацієнтів, яким у рівній мірі терміново необхідно провести операцію по пересадці серця. Але на даний момент у клініці всього одне донорське серце. Вам необхідно розглянути кожен випадок і прийняти спільне і одноголосне командне рішення.

Коротка характеристика пацієнтів (у вигляді роздаткового матеріалу):

1. Вчителька 44 років, мати двох дітей, яка нещодавно поховала чоловіка, який загинув в автомобільній катастрофі.
2. Жінка, 32 роки, лікар-кардіолог, на її рахунку сотні успішно проведених операцій на серці.
3. Чоловік 35 років, батько трьох дітей у віці трьох, п'яти і семи років. Виховує дітей один.
4. Дівчинка 12 років, видатна піаністка.
5. Жінка-лікар 33 років, під її керівництвом розробляється ефективні ліки проти раку крові.
6. Олімпійський чемпіон із бігу, 25 років;
7. 16-річна вагітна дівчина, сирота.
8. Священик, 45 років, відомий проповідник, який користується заслуженою повагою в країні.

Слідкуйте, щоб зберігалася подібна нумерація (не з першого пункту), тому що в наслідок це матиме вирішальне значення.

Після того, як учасники дізналися умови Y, отримали роздатковий матеріал і зробили вибір пацієнта на донорське серце, кожна команда озвучує своє рішення і коротко його характеризує.

Як правило, команди вибирають різні варіанти вирішення.

Після цього настає другий етап Y. Ведучий оголошує, що групам необхідно прийняти одне спільне рішення.

Як показав досвід, учасники Y поведуться по-різному. Деякі погоджуються на усереднений варіант вирішення проблеми (вибирають варіант, який не вибрала жодна з команд), інші сперечаються, доводячи правоту лише свого вибору, треті погоджуються з вибором іншої команди тощо.

Істина знаходиться в той момент, коли хтось із учасників звертає увагу на нумерацію списку потенційних претендентів на донорське серце і розуміє, що лікарі – невпинні фахівці своєї справи, які керуються не емоціями, а сухими даними. В даному випадку, обліковим складом претендентів, які претендують

на донорське серце в порядку черговості.

Студенти не зобов'язані «докопатися» до істини. Єдино правильну відповідь рішення даної проблеми необхідне, перш за все, для того, щоб після проведення У в учасників не залишилося негативного ставлення один до одного і дана ігрова взаємодія не переросла в конфлікт.

«Порятунок людини»

Дана психотехніка нагадує попередню, проте має певну специфіку.

Суть У полягає в наступному: необхідно врятувати після атомної катастрофи трьох осіб із восьми претендентів. Складається з двох і більше раундів. Тренер самостійно вирішує, скільки раундів буде в У і скільки за часом триватиме кожен раунд.

Учасникам видається список претендентів на вибір:

1. Жінка 45 років, мати трьох дітей, яка нещодавно поховала чоловіка.
2. Жінка, 36 років, лікар-кардіолог, на її рахунку сотні успішно проведених операцій на серці.
3. Бізнесмен 35 років, батько трьох дітей у віці трьох, п'яти і семи років. Виховує дітей один.
4. Дівчинка 12 років, видатна скрипалька.
5. Жінка-лікар 33 років, під її керівництвом розробляється ефективні ліки проти раку крові.
6. Олімпійський чемпіон з бігу, 25 років.
7. 16-річна вагітна дівчина, сирота.
8. Священик, 45 років, відомий проповідник, який користується заслуженою повагою в країні.

Другий раунд починається з того, що учасники дізнаються додаткову інформацію про пацієнтів, наприклад:

1. Жінка 45 років, мати трьох дітей, яка нещодавно поховала чоловіка, який загинув від передозування наркотичних речовин. Жінка сама регулярно вживає наркотики, має судимість, проте любить своїх дітей.
2. Жінка, 36 років, лікар-кардіолог, на її рахунку сотні успішно

проведених операцій на серці. Лікар має групу учнів і співробітників, які володіють унікальною технологією проведення операцій за розробленою їй системою.

3. Бізнесмен 35 років, батько трьох дітей у віці трьох, п'яти і семи років. Виховує дітей один. Чоловік розлучений і не допускає мати дітей до спілкування з ними. Займається незаконною підприємницькою діяльністю, проте діти повністю забезпечені всім необхідним, добре харчуються, часто виїжджають відпочивати в інші країни тощо.

4. Дівчинка 12 років, видатна скрипалька. Її мати – жінка 45 років, рік тому поховала свою старшу дочку. Мати дівчинки не працює, тому що є інвалідом II групи. Завдяки своїм видатним здібностям дівчинка забезпечує свою сім'ю (себе, маму і бабусю) самостійно, завдяки заробленим на концертах грошей.

5. Жінка-лікар 33 років, під її керівництвом розробляється ефективні ліки проти раку крові. Розробка ліків поки знаходиться на початковому етапі. Ліки ще не створено і не проведені дослідження їх ефективності.

6. Олімпійський чемпіон з бігу, 25 років. Молода людина бере участь в олімпіадах, захищаючи інтереси своєї країни. Кожна участь в олімпіаді закінчує його перемогою. При цьому в даний час в країні немає бігунів, здатних показати аналогічні результати.

7. 16-річна вагітна дівчина, сирота. Дівчина виношує дитину в такому ранньому віці, оскільки бере участь в Міжнародному дослідженні з виявлення генетичних захворювань у плода.

8. Священик, 45 років, відомий проповідник, який користується заслуженою повагою в країні. Одружений, має чотирьох дітей у віці 25, 20 і 4 років.

«Малювання фігур»

Дана психотехніка сприяє згуртуванню учасників групи, розвитку здатності чути і слухати співрозмовника, розширює словниковий запас учасників і багато чому іншому.

Учасники у сідають попарно спина до спини. Одному з утворених пар видається аркуш паперу з зображеннями фігур, ліній тощо. (Рис.1) Учасник, який тримає малюнок повинен словесно описати, що зображено на його аркуші, а партнер спробувати відтворити оригінал. По закінченню вправи необхідно порівняти оригінал з копією, після чого учасники можуть помінятися ролями.

Складність вправи полягає в тому, що учасникам забороняється називати назви фігур. Вони можуть замінювати назви фігур будь-якими синонімами. Наприклад, коло – сонце без променів, трикутник – дах будинку і т. д.

«Перефразовування»

Дана психотехніка спрямована на розвиток словникового запасу, нестандартності мислення тощо.

Група ділиться на команди. Кожна команда повинна згадати який-небудь чотиривірш із відомого вірша. При цьому необхідно перефразувати строфу таким чином, щоб кожне слово в ній передавалося іншим словом або словосполученням.

Наприклад, рядок з вірша: «Йде бичок, хитається, зітхає на ходу» буде після виконання завдання виглядати, можливо, так: «Рухається підліток ссавця чоловічої статі, вібрує тілом і скорочується в міру переміщення пішки».

За підсумками виконання завдання здійснюється презентація результатів кожної команди, а потім вибір вірша «на біс».

«Глухий телефон»

Дана психотехніка спрямована на розвиток словникового запасу, формує навик слухати і чути співрозмовника, пояснювати і правильно формулювати свої думки.

Учасники У по ланцюжку передають на вухо один одному поняття або визначення даного поняття.

Наприклад, перший учасник отримує якесь поняття і передає визначення даного поняття іншому учаснику, другий учасник, у свою чергу, прослухавши

визначення, передає третьому учаснику гри поняття, яке, як він вважає, найбільш відповідає цьому визначенню.

Після того, як кожен учасник візьме участь в ігровій взаємодії, порівнюється запущене слово і утворюється завдяки групій взаємодії.

«Переказ»

Дана психотехніка формує навик переказувати інформацію, слухати і чути співрозмовника, демонструє на практиці ступінь впливу комунікативних бар'єрів на ефективність спілкування та ін.

Одному з учасників групи видається текст із будь-якою інформацією. Приблизний обсяг тексту – одна сторінка формату А4 (1860 символів з пробілами). Бажано, щоб текст був цікавий для даної цільової аудиторії і містив як словесну, так і цифрову інформацію.

Учасник, якому першому дістався текст, знайомиться з його змістом і готується переказати його наступному учаснику. При цьому необхідно організувати роботу таким чином, щоб учасники не чули переказ тексту, поки до них не дійде черга, або вивести всіх учасників з аудиторії і запрошувати в аудиторію по одному. Другий варіант вирішення проблеми найбільш доцільний, тому що при цьому учасники будуть чути як переказують текст після них і порівнювати даний переказ зі своїм.

Ведучий У не повинен опиратися тому, що учасники почнуть конспектувати матеріал, уточнювати інформацію, задавати навідні запитання, просити повторити матеріал тощо, тому що подібні дії свідчать про майстерність комунікації і винахідливості учасників У.

«Гра слів»

Дана психотехніка спрямована на розвиток словникового запасу, а також навичок вербальної креативності.

Учасникам пропонується придумати якомога більше пропозицій по формулі «Нгок», тому що кожне слово в реченні починається на одну із зазначених букв. Пропозиції повинні мати смислове навантаження і бути стилістично грамотними. Час на виконання вправи – три хвилини. По

закінченні трьох хвилин керівник ускладнює завдання. Тепер необхідно придумати розповідь за формулою «НГОКНГОК ...». Час на виконання вправи – п'ять хвилини.

Вправа. Кожен учасник по колу називає пропозицію, але таким чином, щоб його пропозиція була смисловим продовженням пропозиції попереднього учасника. Таким чином відбувається спроба скласти загальну розповідь. При виконанні даної вправи одразу можна визначити учасників із комунікативними проблемами.

Вправа. Кидаючи м'яч, учасник називає який-небудь предмет, наприклад, барабан, монетка і т.д. і дії з ним (впав, згорів, пропав і т.д.). Учасник, якому потрапив м'яч, продовжує фразу по аналогії з жартівливий прикметою: впав ніж – прийде чоловік. Учасники повинні придумати такі прикмети, які можна було б пояснити.

Дані вправи спрямовані на розвиток гнучкості, оригінальності мислення.

По завершенню навчання відбулося закріплення комунікативних навиків на практиці.

3.3. Узагальнюючий етап емпіричного дослідження

По закінченню формувального етапу експерименту було проведено ретестування учасників. Повторне опитування відбувалось за тими ж методиками, що й на констатуючому етапі і мало на меті визначити суттєвість впливу запровадженої нами моделі розвитку комунікативної компетентності медичного працівника в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю».

Кількість респондентів не змінилась і залишилась рівною 26 для контрольної групи медиків і 47 для експериментальної групи медиків кардіологічного профілю. Всі лікарі-кардіологи з ЕГ пройшли повний курс навчання, відповідно до запропонованої нами моделі. Медики з КГ у навчальному процесі участі не брали.

Виходячи з тих же міркувань, що й на початку констатувального експерименту (кількість респондентів в обох групах менше 60), для достовірної оцінки результатів опитування необхідно використовувати непараметричні критерії. Так, для невеликих залежних вибірок (Wilcoxon signed-rank test), а в нашому випадку для повторного вимірювання на тій же вибірці, одним із найбільш чутливих (потужних) аналогів t-критерію Стьюдента є T-критерій Вілкоксона. В основі застосування цього критерію знаходиться оцінка впорядкованих величин зсувів (попарна різниця значень аналогічних вимірів ознаки) для кожної пари його вимірів. Відповідно, критерій T, будучи менш чутливим аналогом t-критерію Стьюдента, є більш чутливим, порівняно з іншими непараметричними критеріями для повторних вимірів (залежних вибірок) [118].

Запропонований метод полягає у співставленні абсолютного значення зсувів ознаки (визначення збільшилась вона чи зменшилась і на яку величину). Для цього спочатку абсолютні значення зсувів розподіляються за рангами, а потім шукається сума цих рангів. У випадку хаотичного розподілу напрямів зміни величини ознаки, сума зсувів буде достатньо близькою до нуля (суми позитивних і негативних зсувів будуть приблизно однакові). У випадку, коли сума зсувів за одним із напрямків значно переважає суму за іншим, робиться висновок про не випадковість змін величин певної ознаки [159].

T-критерій Вілкоксона дозволяє визначити із достатньо великою імовірністю наявність взаємозв'язку між результатами тестування опитуваних обох груп. Проте цей критерій не розкриває ступінь залежності між двома станами (у нашому випадку, між результатами констатувального і формуального експерименту в кожній із груп), тобто за його допомогою неможливо встановити кореляцію між двома результатами тестувань. Одним із найбільш потужних методів для кореляції вимірювань на малих вибірках є рангова кореляція Спірмена (кореляція рангів), за допомогою якої із достатньо великою точністю можна зробити висновки про наявність взаємозв'язку між окремими факторами. Цей метод є аналогом традиційно більш застосовного в

аналізі результатів психологічних експериментів коефіцієнту кореляції Пірсона, основною відмінністю від якого є те, що кореляція рангів Спірмена обраховується не для самих результатів вимірювань, а для рангових значень випадкових величин.

Для визначення коефіцієнта рангової кореляції Спірмена використовується формула:

$$\rho_{X,Y} = \frac{M[R_X R_Y] - M[R_X]M[R_Y]}{\sqrt{(M[R_X^2] - (M[R_X])^2)}\sqrt{(M[R_Y^2] - (M[R_Y])^2)}}.$$

Особливістю використання коефіцієнта кореляції Спірмена, порівняно із коефіцієнтом кореляції Пірсона, є чутливість до наявності монотонної залежності, у той час, коли коефіцієнт Пірсона дозволяє виявити тільки лінійну залежність однієї змінної від іншої.

Гіпотези Т-критерію Вілкоксона

H0: Інтенсивність зрушень у типовому напрямку не перевершує інтенсивності зрушень у нетиповому напрямку.

H1: Інтенсивність зрушень у типовому напрямку перевищує інтенсивність зрушень у нетиповому напрямку.

Обмеження в застосуванні Т-критерію Вілкоксона

1. Мінімальна кількість випробовуваних, які пройшли вимірювання в двох умовах – 5 осіб. Максимальна кількість випробовуваних – 50 осіб, що диктується верхньою межею наявних таблиць.

Якщо повторювані значення у вибірках відсутні, то обчислення можуть бути суттєво спрощені:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}, \quad (2.5),$$

де $d_i = x_i - y_i$

Коефіцієнт кореляції Спірмена відноситься до категорії непараметричних, оскільки його значення стосовно вибірок може бути

отримане без відомостей про параметри спільного розподілу вірогідності X та Y [111].

Коефіцієнт кореляції Спірмена показує гарні результати, коли X та Y пов'язані будь-якою монотонною функцією, в цьому сенсі він має вищу потужність ніж коефіцієнт кореляції Пірсона, що найбільш коректно описує кореляцію за умови, що величини X та Y зв'язані лінійною функцією.

Для оцінки тісноти (сили) кореляційного зв'язку ми будемо використовувати шкалу Чеддока [142]:

Таблиця 3.16.

Шкала Чеддока

Абсолютне значення ρ	Тіснота (сила) кореляційного зв'язку
менше 0.3	слабка
від 0.3 до 0.5	помірна
від 0.5 до 0.7	помітна
від 0.7 до 0.9	висока
понад 0.9	дуже висока

Проведемо порівняння результатів ретестування медиків кардіологічного профілю в обох групах на констатувальному етапі і по завершенню формульовального етапу дослідження. Для цього повторно протестуємо медиків, за кожною із визначених методик і занесемо отримані дані в порівняльні таблиці, окремо за кожною із визначених на констатувальному етапі шкал.

Першою застосованою методикою став опитувальник з оцінки доброзичливості за шкалою Д. Кемпбелла (Додаток Ж).

Таблиця 3.17

Дані за шкалою Д. Кемпбелла з оцінки доброзичливості на констатувальному (К) та по завершенню формульовального етапу (Ф)

Група	Етап	$E_{\text{сер}}$	E_{max}	K_1	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
КГ	К	4,24	8	52,00%	38,46%	50,0%	11,54%
	Ф	4,28		53,50%	34,62%	53,85%	11,54%

ЕГ	К	4,34		54,26%	58,30%	53,19%	8,51%
	Ф	4,89		61,17%	25,53%	53,19%	21,28%

Як вже зазначалось вище, для винесення судження про те, чи відбулись позитивні зрушення в експериментальній групі, порівняємо вибірки, отримані в результаті тестування і ретестування за методикою Кемпбелла для доброзичливості. Спочатку доведемо, що зміни, які відбулись при ретестуванні, носять значущий характер, тобто виходять за межі випадкових флуктуацій. Для цього розглянемо Т-критерій Вілкоксона для експериментальної групи, прийнявши за нетиповий зсув «нульове значення» та враховуючи нульові зсуви.

Іншими словами, доведемо, що взагалі відбулись значущі зміни в експериментальній групі до і після проведення формуючого експерименту (Додаток Є)

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 231$;

Критичні значення при $n = 47$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 345$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 407$;

Вісь значущості:

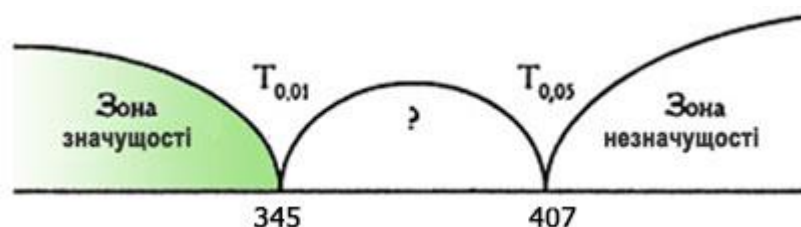


Рис. 3.10. Вісь значущості Т-критерій Вілкоксона для : $T_{\text{емп}} = 231$, $n = 47$

Таким чином, було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже, у результаті проведення впливу на рівень емпатії запропонованою нами на етапі формувального експерименту методикою відбулися певні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою шкали Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} = 0.956$$

Де d_i – значення із Таблиці 2.17, $n=47$.

Критичне значення критерію Спірмена при $n=47$ і $p < 0,01$ становить 0.37.

$\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща.

Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – дуже висока. Число ступенів свободи (f) становить 45.

Таким чином, можна однозначно стверджувати, що в експериментальній групі до і після формуючого експеримента змінився рівень доброзичливості до пацієнтів.

Для *контрольної групи* за нетиповий зсув було прийнято «збільшення значення».

Таблиця 3.19.

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для контрольної групи, шкала

Д. Кемпбелла для доброзичливості

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	2	2	0	0	12	14	4	4	0	0	12
2	2	2	0	0	12	15	4	5	1	1	25
3	2	3	1	1	25	16	5	5	0	0	12
4	3	3	0	0	12	17	5	5	0	0	12
5	3	3	0	0	12	18	5	5	0	0	12
6	3	3	0	0	12	19	5	5	0	0	12
7	3	3	0	0	12	20	5	5	0	0	12
8	3	3	0	0	12	21	6	6	0	0	12
9	3	3	0	0	12	22	6	6	0	0	12
10	3	4	1	1	25	23	6	6	0	0	12
11	4	4	0	0	12	24	7	7	0	0	12
12	4	4	0	0	12	25	7	7	0	0	12

13	4	4	0	0	12	26	7	7	0	0	12
Сума рангів нетипових зсувів											75

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 75$;

Критичні значення при $n = 26$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 84$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 110$;

Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи у вимірюваннях на обох етапах спостерігається відсутність збільшення значень.

Проте ми зафіксували наявність змін у доброзичливості для експериментальної групи, нічого не сказавши про їх напрямок. Побудуємо гістограму (рис.3.11).

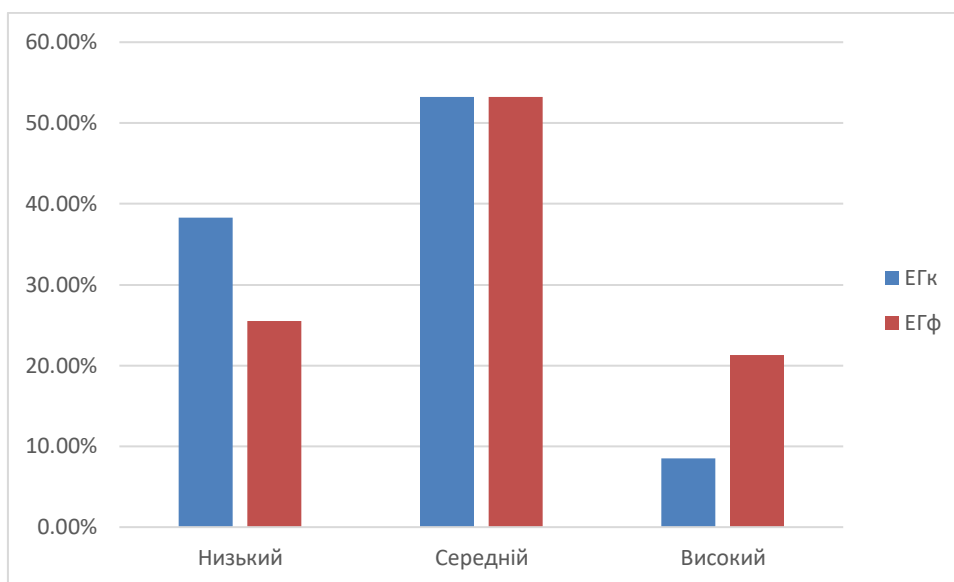


Рис.3.11. Зростання доброзичливості за рівнями

Отже, ми отримали підтвердження, що завдяки здійсненому нами цілеспрямованому впливу відбулося статистично значуще зростання доброзичливості в експериментальній групі, на відміну від контрольної, де не відбулось статистично значимих змін.

Як бачимо, відбулась статистично значуща «міграція» частини респондентів із низького рівня до середнього, з середнього до високого. Тобто зросла готовність допомогати пацієнтам, проявляти увагу до оточення.

Проведемо аналогічні міркування для інших, застосованих нами

методик.

Наступною застосованою методикою нами стала діагностика рівня емпатії за І. Юсуповим (Додаток 3).

Таблиця 3.20

Результати діагностики рівня емпатії за І. М. Юсуповим

Група	Етап	Е _{сер}	Е _{max}	К ₂	Рівень				
					Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
КГ	К	61,81	90	68,68%	0,0%	19,23%	26,92%	23,08%	30,77%
	Ф	59,55		66,17%	0,0%	17,02%	27,66%	25,53%	29,79%
ЕГ	К	62,04		68,93%	0,00%	19,23%	26,92%	19,23%	34,62%
	Ф	62,79		69,77%	0,00%	14,89%	29,79%	23,40%	31,91%

Розглянемо Т-критерій Вілкоксона для експериментальної групи, прийнявши за нетиповий зсув «нульове значення» та враховуючи нульові зсуви (Додаток Ж)

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 3$;

Критичні значення при $n = 47$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 345$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 407$;

Таким чином, було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає в зону значущості, а отже, у результаті проведення впливу на рівень емпатії, за І.М. Юсуповим, на етапі формального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпретацією за допомогою шкали Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} = 0.998$$

Де d_i – значення із Таблиці 2.21. , $n=47$.

Критичне значення критерію Спірмена при $n=47$ і $p < 0,01$ становить 0.37.

$\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща.

Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку

за шкалою Чеддока – дуже висока.

Для *контрольної групи* за нетиповий зсув було прийнято «зменшення значення», за умови неврахування нульових зсувів.

Таблиця 3.22.

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для контрольної групи,
шкала емпатії за І. Юсуповим

N	До	Післ я	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранго вий номер зсуву	N	До	Післ я	Зсув d_i	Абс. знач. зсув у	Ранго вий номер зсуву
1	17	17	0	0	0	14	69	68	-1	1	6.5
2	22	22	0	0	0	15	72	72	0	0	0
3	24	24	0	0	0	16	79	79	0	0	0
4	29	29	0	0	0	17	81	81	0	0	0
5	36	36	0	0	0	18	81	82	1	1	6.5
6	40	41	1	1	6.5	19	83	83	0	0	0
7	43	42	-1	1	6.5	20	84	84	0	0	0
8	44	45		1	6.5	21	84	84	0	0	0
9	49	49		0	0	22	84	85	1	1	6.5
10	56	57	1	1	6.5	23	85	85	0	0	0
11	58	59	1	1	6.5	24	87	86	-1	1	6.5
12	59	59	0	0	0	25	87	88	1	1	6.5
13	65	66	1	1	6.5	26	89	90	1	1	6.5
Сума рангів нетипових зсувів											19,5

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 19.5$;

Критичні значення при $n = 12$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 9$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 7$;

Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи Y після вимірювання на другому етапі спостерігається достатньо хаотичний розподіл приросту значень, $T_{\text{емп}} = 19.5$ знаходиться у зоні незначущості. Отже, ми отримали підтвердження, що завдяки здійсненому нами цілеспрямованому

впливу відбулося зростання емпатії, за І. Юсуповим, в експериментальній групі (рис. 3.12), на відміну від контрольної.

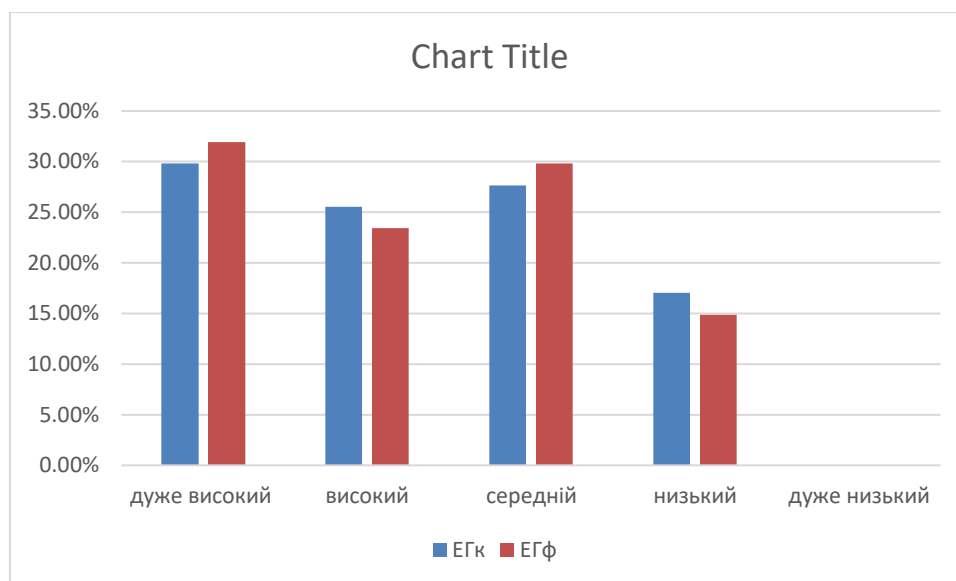


Рис.3.12. Зростання доброзичливості за рівнями

У результаті проведених занять на формувальному етапі відбулося збільшення кількості респондентів із середнім та дуже високим рівнем емпатії, за І. Юсуповим, що є позитивним, оскільки одночасно із цим відбулось зменшення респондентів із низьким рівнем з 19,23% до 14,89%.

Третьою методикою, що була розглянута в межах дослідження, було тестування за опитувальником В. Ряховського для визначення рівня комунікабельності (Додаток І). Зведені результати обох тестувань за цією методикою були занесені до Таблиці 3.23

Таблиця 3.23

Результати діагностики рівня комунікабельності за В. Ряховським

Група	Етап	Е _{сер}	Е _{max}	К _з	Рівень						
					Дуже низький	Низький	Нижче середнього	Середній	Високий	Вище середнього	Дуже високий
КГ	К	15,65	32	51,09 %	7,69 %	11,54 %	15,38 %	19,23 %	23,08 %	15,38 %	7,69 %
	Ф	15,31		52,16	3,85	15,38	15,38	19,23	23,08	11,54	11,54

				%	%	%	%	%	%	%	%
ЕГ	К	16,21		49,38 %	8,51 %	12,77 %	14,89 %	19,15 %	21,28 %	14,89 %	8,51 %
	Ф	14,53		54,59 %	6,38 %	8,51%	12,77 %	21,28 %	23,40 %	14,89 %	12,77 %

Розглянемо Т-критерій Вілкоксона для експериментальної групи, прийнявши за нетиповий зсув «нульове значення» та враховуючи нульові зсуви.

Таблиця 3.24.

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, за опитувальником В. Ряховського для визначення рівня комунікабельності

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсув у	Ранго вий номер зсуву	N	До	Післ я	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранго вий номер зсуву
1	1	1	0	0	3	25	15	14	-1	1	14.5
2	1	1	0	0	3	26	16	15	-1	1	14.5
3	2	1	-1	1	14.5	27	17	15	-2	2	32.5
4	3	2	-1	1	14.5	28	18	16	-2	2	32.5
5	4	3	-1	1	14.5	29	18	16	-2	2	32.5
6	5	3	-2	2	32.5	30	18	16	-2	2	32.5
7	6	5	-1	1	14.5	31	19	17	-2	2	32.5
8	7	6	-1	1	14.5	32	22	17	-5	5	45.5
9	7	6	-1	1	14.5	33	22	17	-5	5	45.5
10	8	7	-1	1	14.5	34	23	17	-6	6	47
11	8	7	-1	1	14.5	35	23	21	-2	2	32.5
12	9	8	-1	1	14.5	36	24	22	-2	2	32.5
13	10	8	-2	2	32.5	37	24	23	-1	1	14.5
14	11	9	-2	2	32.5	38	26	23	-3	3	43
15	11	10	-1	1	14.5	39	26	24	-2	2	32.5
16	12	10	-2	2	32.5	40	27	24	-3	3	43

17	12	10	-2	2	32.5	41	27	25	-2	2	32.5
18	12	11	-1	1	14.5	42	29	27	-2	2	32.5
19	13	12	-1	1	14.5	43	29	29	0	0	3
20	13	12	-1	1	14.5	44	32	29	-3	3	43
21	13	13	0	0	3	45	32	30	-2	2	32.5
22	14	13	-1	1	14.5	46	32	30	-2	2	32.5
23	14	13	-1	1	14.5	47	32	32	0	0	3
24	15	13	-2	2	32.5						
Сума рангів нетипових зсувів											15

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 15$;

Критичні значення при $n = 47$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 345$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 407$;

Таким чином, було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже, у результаті проведення впливу на рівень комунікабельності, за В. Ряховським, на етапі формального експерименту методики відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою шкали Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} = 0.998$$

Де d_i – значення із Таблиці 2.21., $n=47$.

Критичне значення критерію Спірмена при $n=47$ і $p < 0,01$ становить 0.37.

$\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща.

Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – дуже висока.

Для *контрольної групи* за нетиповий зсув було прийнято «зменшення значення», за умови неврахування нульових зсувів.

Таблиця 3.25.

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для контрольної групи за опитувальником В. Ряховського для визначення рівня комунікабельності

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	1	1	0	0	9	14	18	17	-1	1	22
2	2	2	0	0	9	15	18	18	0	0	9
3	4	3	-1	1	22	16	18	18	0	0	9
4	5	5	0	0	9	17	18	18	0	0	9
5	6	6	0	0	9	18	21	21	0	0	9
6	6	5	-1	1	22	19	23	22	-1	1	22
7	9	9	0	0	9	20	23	23	0	0	9
8	9	9	0	0	9	21	24	23	-1	1	22
9	10	10	0	0	9	22	25	25	0	0	9
10	11	11	0	0	9	23	26	25	-1	1	22
11	12	12	0	0	9	24	28	28	0	0	9
12	13	12	-1	1	22	25	30	29	-1	1	22
13	15	15	0	0	9	26	32	31	-1	1	22
Сума рангів нетипових зсувів											198

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 198$;

Критичні значення при $n = 26$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 84$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 110$;

Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи Y після вимірювання на другому етапі спостерігається приріст значень, для якого $T_{\text{емп}} = 198$ знаходиться у зоні незначущості. Отже, ми отримали підтвердження, що завдяки здійсненому нами цілеспрямованому впливу відбулися позитивні зміни в рівні комунікабельності для експериментальної групи, за опитувальником В. Ряховського (рис. 3.13), на відміну від контрольної, у якій теж прослідковується наявність позитивних змін, проте вони не набувають рівня статистичної значущості.

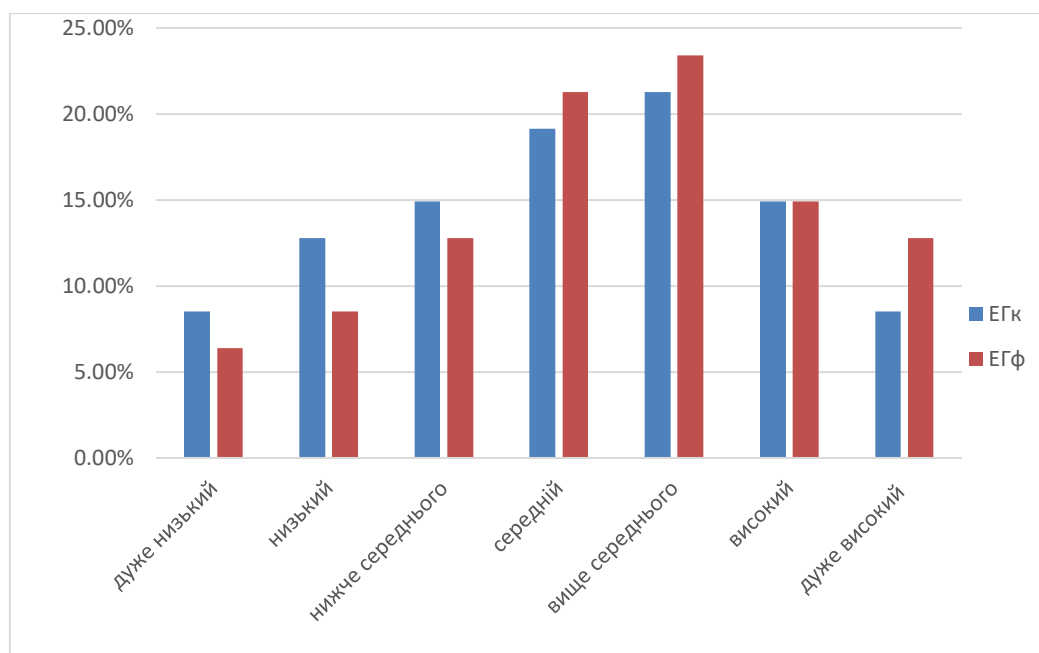


Рис.3.13. Зміни в комунікабельності за рівнями
(методика В. Ряховського)

Не менш важливою характеристикою особистості в складі комунікативної компетентності є рефлексивність. У нашому дослідженні ми спираємось на методику визначення рефлексивності, описану А. Карповим (Додаток Й). Порівняльні дані констатувального та формувального етапу експерименту наведені в таблиці 3.26.

Таблиця 3.26.

Дані за опитувальником А. Карпова для визначення рівня
рефлексивності

Група	Етап	Е _{сер}	Е _{max}	К ₄	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
КГ	К	5,96	10	59,62%	15,38%	38,46%	46,15%
	Ф	6,04		60,38%	42,31%	42,31%	15,38%
ЕГ	К	5,83		58,30%	14,89%	40,43%	44,68%
	Ф	6,08		60,83%	48,94%	38,30%	12,77%

Визначимо суттєвість відмінностей між вибірками експериментальної групи на констатувальному та після завершення формувальному етапі експерименту.

Проведемо аналіз за допомогою Т-критерію Вілкоксона (Таблиця 3.27).
За нетиповий зсув було прийнято «збільшення значення», за умови врахування нульових зсувів.

Таблиця 3.27

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи,
для визначення рефлексивності за А.Карповим

N	До	Післ я	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранг овий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранг овий номер зсуву
1	0	0	0	0	12.5	25	6	7	1	1	35
2	0	1	1	1	35	26	6	7	1	1	35
3	0	1	1	1	35	27	7	7	0	0	12.5
4	1	1	0	0	12.5	28	7	7	0	0	12.5
5	1	3	2	2	46	29	7	7	0	0	12.5
6	1	4	3	3	47	30	7	7	0	0	12.5
7	2	2	0	0	12.5	31	7	8	1	1	35
8	4	4	0	0	12.5	32	7	8	1	1	35
9	4	4	0	0	12.5	33	7	8	1	1	35
10	4	4	0	0	12.5	34	7	8	1	1	35
11	4	4	0	0	12.5	35	8	8	0	0	12.5
12	4	5	1	1	35	36	8	9	1	1	35
13	4		1	1	35	37	9	9	0	0	12.5
14	4	5	1	1	35	38	9	9	0	0	12.5
15	5	5	0	0	12.5	39	9	10	1	1	35
16	5	5	0	0	12.5	40	9	10	1	1	35
17	5	6	1	1	35	41	9	10	1	1	35
18	5	6	1	1	35	42	10	10	0	0	12.5
19	5	6	1	1	35	43	10	10	0	0	12.5
20	5	6	1	1	35	44	10	10	0	0	12.5
21	5	6	1	1	35	45	10	10	0	0	12.5

22	5	6	1	1	35	46	10	10	0	0	12.5
23	6	6	0	0	12.5	47	10	10	0	0	12.5
24	6	6	0	0	12.5						
Сума рангів нетипових зсувів											828

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 828$;

Критичні значення при $n = 47$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 345$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 407$;

Таким чином, було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону незначущості, а отже, у результаті проведення впливу на рівень рефлексивності, за А. Карповим, на етапі завершення формального експерименту за запропонованою нами методикою суттєвих позитивних зрушень досягти не вдалося.

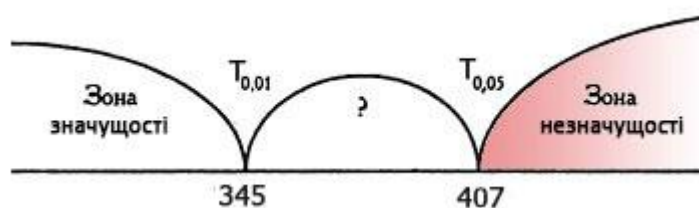


Рис. 2.13. Вісь значущості Т-критерій Вілкоксона для : $T_{\text{емп}} = 828$, $n = 47$

Такий результат, на нашу думку, в першу чергу пов'язаний з тим, що для зміни цієї внутрішньої риси недостатньо пройти її, ця зміна відбувається лише під тиском життєвих обставин і жодне короткострокове навчання не може дати позитивний ефект у середньому для всієї групи, хоча, безумовно, спостерігаються деякі позитивні зрушення, які потребують подальшого саморозвитку особистості медика-кардіолога.

Наступною ми розглядали експрес-діагностику стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна (Додаток К)

Таблиця 3.26

Результати експрес-діагностики стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна

Група	Етап	Е _{сер}	Е _{max}	К ₅	високий рівень конфліктності	виражена конфліктність	середній рівень конфліктостійко сті	високий рівень конфліктостійко сті
КГ	К	36,96	50	73,92%	0,00%	11,54%	50,00%	38,46%
	Ф	37,69		75,38%	0,00%	3,85%	53,85%	42,31%
ЕГ	К	38,19		76,38%	0,00%	4,26%	48,94%	46,81%
	Ф	40,61		81,22%	0,00%	0,00%	43,90%	56,10%

Розглянемо Т-критерій Вілкоксона для експериментальної групи, прийнявши за нетиповий зсув «збільшення значення», та враховуючи нульові зсуви (Додаток 3).

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 10$;

Критичні значення при $n = 47$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 345$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 407$;

Таким чином, було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже, у результаті проведення впливу на рівень стійкості до конфліктів на етапі формального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою шкали Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} = 0.996$$

Де d_i – значення із Таблиці 2.21, $n=47$.

Критичне значення критерію Спірмена при $n=47$ і $p < 0,01$ становить 0.37.

$\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща.

Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – дуже висока. Батан Н. Фетіскіна

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсув у	Ранго вий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсув у	Ранго вий номер зсуву
1	0	0	0	0	0	14	6	6	0	0	0
2	1	1	0	0	0	15	7	6	-1	1	3.5
3	2	1	-1	1	3.5	16	7	7	0	0	0
4	2	2	0	0	0	17	7	7	0	0	0
5	4	4	0	0	0	18	7	8	1	1	3.5
6	4	4	0	0	0	19	8	8	0	0	0
7	4	4	0	0	0	20	8	9	1	1	3.5
8	4	5	1	1	3.5	21	9	9	0	0	0
9	5	5	0	0	0	2	9	9	0	0	0
10	5	5	0	0	0	3	9	0	1	1	3.5
11	5	5	0	0	0	4	10	0	0	0	0
12	6	6	0	0	0	25	10	0	0	0	0
13	6	6	0	0	0	26	10	10	0	0	0
Сума рангів нетипових зсувів											10

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 7$;

Критичні значення при $n = 26$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 84$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 110$;

Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи у після вимірювання на другому етапі суттєвим є «нульове значення», тобто статистично-значущий приріст значень не спостерігається ($T_{\text{емп}} = 7$ знаходиться у зоні незначущості).

Отже, ми отримали підтвердження, що завдяки здійсненому нами цілеспрямованому впливу відбулися позитивні зміни в рівні стійкості до конфліктів, за експрес-діагностикою Н. Фетіскіна, для експериментальної групи, (рис. 3.14), на відміну від контрольної, у якій наявні зміни не набувають рівня статистичної значущості.

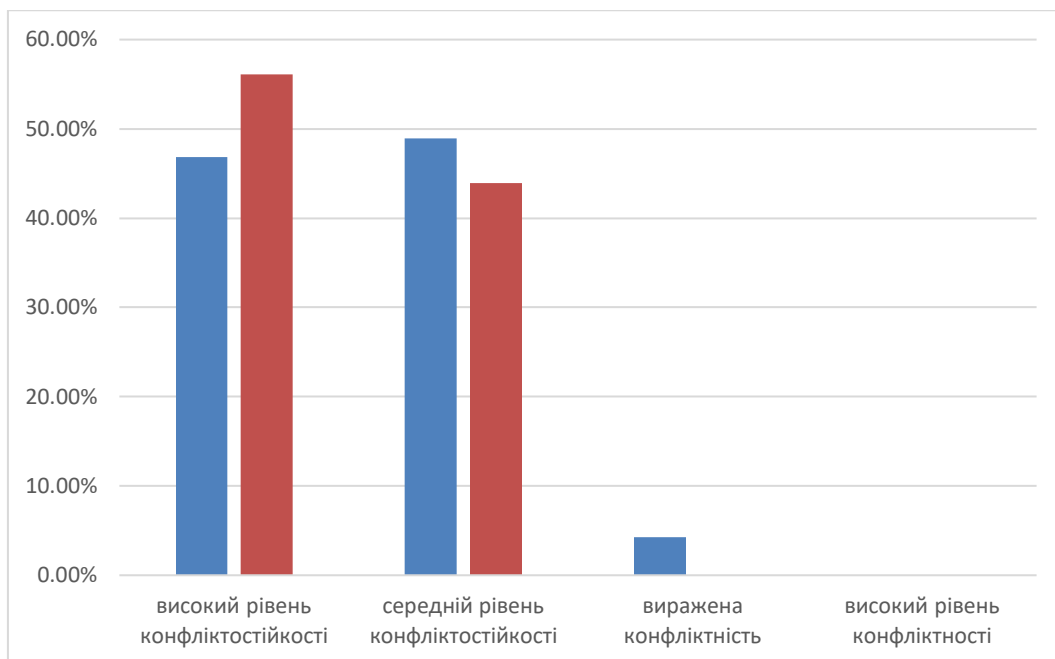


Рис.3.14. Зміни в результатах експрес-діагностики стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна на констатувальному і по завершенню формувального експерименту

Також у межах дослідження була розглянута загальна комунікативна толерантність за методикою В. Бойко (Додаток Л). У межах цієї методики використовується 9 шкал для вимірювання, за якими виносяться як окремі судження про ступінь толерантності, так і спільне інтегративне судження.

Отримані результати статистичного підрахунку опитувань були нами зведені до таблиці 3.29.

Таблиця 3.29

Результати діагностики загальної комунікативної толерантності за
методикою В. Бойко

Група	Етап	Шкала	E _{сер}	E _{max}	K _{5,14}	Δ	Висока толерантність		Середня толерантність		Слабка толерантність		Інтолерантність
							осіб	%	осіб	%	осіб	%	
КГ	К	1	5,27	15	64,87 %	0,26 %	14	53,85	12	46,15	0	0	0
	Ф		5,23		65,13 %		14	53,85	12	46,15	0	0	0
	К	2	4,58		69,49 %	0,25 %	15	57,69	11	42,31	0	0	0
	Ф		4,54		69,74 %		15	57,69	11	42,31	0	0	0
	К	3	5,27		64,87 %	0,00 %	15	57,69	11	42,31	0	0	0
	Ф		5,27		64,87 %		15	57,69	11	42,31	0	0	0
	К	4	3,96		73,59 %	- 0,26 %	20	76,92	6	23,08	0	0	0
	Ф		4,00		73,33 %		20	76,92	6	23,08	0	0	0
	К	5	4,85		67,69 %	0,24 %	16	61,54	10	38,46	0	0	0
	Ф		4,81		67,93 %		16	61,54	10	38,46	0	0	0
	К	6	5,19		65,38 %	0,49 %	17	65,38	8	30,77	1	3,85	0
	Ф		5,12		65,87 %		17	65,38	8	30,77	1	3,85	0
	К	7	5,31		64,62 %	0,00 %	15	57,69	10	38,46	1	3,85	0
	Ф		5,31		64,62 %		15	57,69	10	38,46	1	3,85	0
	К	8	4,35		71,03 %	0,00 %	17	65,38	9	34,62	0	0	0
	Ф		4,35		71,03 %		18	69,23	8	30,77	0	0	0

	K	9	4,27		71,54 %	0,26 %	18	69,23	8	30,77	0	0	0
	Φ		4,23		71,80 %		18	69,23	8	30,77	0	0	0
	K	Σ	43,04	135	68,12 %	0,14 %	18	69,23	8	30,77	0	0	0
	Φ		42,85		68,26 %		17	65,38	9	34,62	0	0	0
ΕΓ	K	1	4,81	15	67,09 %	3,69 %	34	72,34	11	23,40	2	4,26	0
	Φ		4,38		70,78 %		37	78,72	10	21,28	0	0	0
	K	2	4,43		70,50 %	3,83 %	34	72,34	13	27,66	0	0	0
	Φ		3,85		74,33 %		38	80,85	9	19,15	0	0	0
	K	3	4,94		66,81 %	3,54 %	36	76,60	9	19,15	2	4,26	0
	Φ		4,45		70,35 %		39	82,98	7	14,89	1	2,13	0
	K	4	4,40		70,07 %	3,41 %	33	70,21	14	29,79	0	0	0
	Φ		3,98		73,48 %		39	82,98	8	17,02	0	0	0
	K	5	4,55		68,79 %	2,84 %	32	68,09	15	31,91	0	0	0
	Φ		4,26		71,63 %		37	78,72	10	21,28	0	0	0
	K	6	5,47		67,80 %	0,57 %	32	68,09	14	29,79	1	2,13	0
	Φ		4,74		68,37 %		32	68,09	14	29,79	1	2,13	0
	K	7	4,66		68,51 %	4,11 %	29	61,70	17	36,17	1	2,13	0
	Φ		4,11		72,62 %		37	78,72	10	21,28	0	0	0
	K	8	4,87		66,52 %	5,11 %	29	61,70	17	36,17	1	2,13	0
	Φ		4,26		71,63 %		36	76,60	11	23,40	0	0	0
	K	9	4,28		71,35 %	3,40 %	37	78,72	10	21,28	0	0	0
	Φ		3,79		74,75 %		41	87,23	6	12,77	0	0	0
	K	Σ	42,38	135	68,61 %	7,83 %	33	70,21	14	29,79	0	0	0

	Ф		37,81		76,44 %		40	85,11	7	14,89	0	0	0
--	---	--	-------	--	------------	--	----	-------	---	-------	---	---	---

Розгляд Т-критерію Вілкоксона, коефіцієнту кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпретацію (тісноту) за допомогою шкали Чеддока для результатів експериментальної групи за кожною із шкал занесемо в таблицю 3.31.

Таблиця 3.31.

Інтерпретація результатів діагностування рівня комунікативної толерантності, за методикою В. В. Бойко, на формувальному етапі для експериментальної групи, за окремими шкалами

Шкала	$T_{\text{емп}}$	Значущість	ρ	Тіснота
1	287,5	так	0.956	Дуже висока
2	276	так	0.938	Дуже висока
3	342	так	0.957	Дуже висока
4	378	імовірна	0.972	Дуже висока
5	405	імовірна	0.977	Дуже висока
6	946	ні	0.987	Дуже висока
7	312,5	так	0.978	Дуже висока
8	153	так	0.983	Дуже висока
9	300	так	0.948	Дуже висока

Імовірна значущість $T_{\text{емп}}$ означає, що за даною шкалою імовірність позитивного результату вища за 95%, але нижча за 99%, на відміну від рядків, де значущість «так», що означає імовірність позитивного результату вищу за 99%.

Розглянемо Т-критерій Вілкоксона для експериментальної групи, прийнявши за нетиповий зсув «збільшення значення» та враховуючи нульові зсуви для загального рівня комунікативної толерантності (Таблиця 3.31).

Таблиця 3.31.

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи,
за результатами діагностування рівня комунікативної толерантності за
методикою В. Бойко

N	До	Післ я	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранго вий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Рангов ий номер зсуву
1	28	27	-1	1	6	25	40	39	-1	1	6
2	29	26	-3	3	16	26	41	36	-5	5	23
3	30	27	-3	3	16	27	43	33	-10	10	36
4	31	26	-5	5	23	28	43	43		0	0
5	31	25	-6	6	28	29	44	39	-5	5	23
6	32	31	-1	1	6	30	44	40	-4	4	19.5
7	33	27	-6	6	28	31	45	33	-12	12	39
8	33	30	-3	3	16	32	45	44	-1	1	6
9	33	32	-1	1	6	33	45	45	0	0	0
10	34	29	-5	5	23	34	47	44	-3	3	16
11	34	34	0	0	0	35	49	35	-14	14	41.5
12	35	35	0	0	0	36	49	48	-1	1	6
13	35	24	-11	1	38	37	50	40	-10	10	36
14	36	35	-1	1	6	38	50	44	-6	6	28
15	36	35	-1	1	6	39	50	43	-7	7	31.5
16	37	33	-4	4	19.5	40	52	53	1	1	6
17	37	29	-8	8	33.5	41	53	50	-3	3	16
18	38	31	-7	7	31.5	42	53	40	-13	13	40
19	39	39	0	0	0	43	56	48	-8	8	33.5
20	39	37	-2	2	12.5	44	57	55	-2	2	12.5
21	39	33	-6	6	28	45	59	45	-14	14	41.5
22	39	38	-1	1	6	46	69	59	-10	10	36
23	39	34	-5	5	23	47	72	66	-6	6	28
24	39	38	-1	1	6						

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 6$;

Критичні значення при $n = 42$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 266$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 319$;

Таким чином, було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже, у результаті проведення впливу на рівень стійкості до конфліктів на етапі формального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

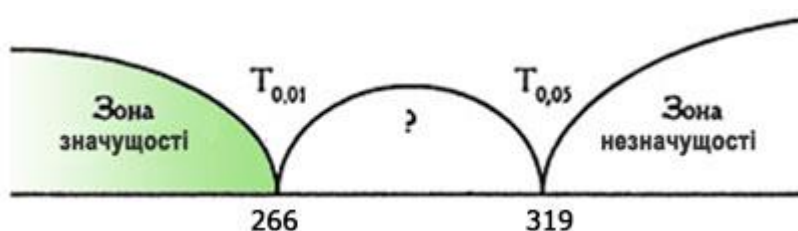


Рис. 2.15. Вісь значущості Т-критерій Вілкоксона для : $T_{\text{емп}} = 6$, $n = 42$

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою шкали Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} = 0.898$$

Де d_i – значення із Таблиці 2.30. , $n=47$.

Критичне значення критерію Спірмена при $n=47$ і $p < 0,01$ становить 0.37.

$\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща.

Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – висока.

Для *контрольної групи* за нетиповий зсув було прийнято «збільшення значення», за умови неврахування нульових зсувів.

Таблиця 3.32.

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для контрольної групи, за результатами діагностування рівня комунікативної толерантності за методикою В. Бойко

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	27	27	0	0	0	14	44	44	0	0	0
2	31	30	-1	1	3	15	44	44	0	0	0
3	32	31	-1	1	3	16	44	44	0	0	0
4	34	32	-2	2	6.5	17	45	44	-1	1	3
5	37	37	0	0	0	18	45	47	2	2	6.5
6	38	37	-1	1	3	19	48	48	0	0	0
7	38	38	0	0	0	20	48	48	0	0	0
8	39	39	0	0	0	21	50	50	0	0	0
9	40	40	0	0	0	22	50	50	0	0	0
10	40	39	-1	1	3	23	51	51	0	0	0
11	43	43	0	0	0	24	53	53	0	0	0
12	43	43	0	0	0	25	56	56	0	0	0
13	43	43	0	0	0	26	56	56	0	0	0
Сума рангів нетипових зсувів										6.5	

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 6.5$;

Критичні значення при $n = 7$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 0$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 3$;

Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи Y після вимірювання на другому етапі «збільшення значення» є несуттєвим, тобто статистично-значущий приріст значень не спостерігається ($T_{\text{емп}} = 6,5$ знаходиться у зоні незначущості).

Отже, ми отримали підтвердження, що завдяки здійсненому нами цілеспрямованому впливу відбулися позитивні зміни, за результатами діагностування рівня комунікативної толерантності за методикою В. Бойко

для експериментальної групи, на відміну від контрольної, у якій наявні зміни не набувають рівня статистичної значущості.

Такий стан речей наочно можна відобразити за допомогою пелюсткової діаграми (рис 2.16.). Відобразимо на діаграмі всі 4 отримані результати для оцінки толерантності. Оскільки всі 9 шкал мають інверсивний характер, то вищий толерантності буде відповідати фігура меншої площі.

Пунктирною лінією відображені результати експериментальної групи, отримані по завершенню формувального експерименту (ЕГф) – пунктир із рисок. Як і показали результати обчислень Т-критерію Вілкоксона, між ними і результатами цієї ж групи на констатувальному етапі (ЕГк) – пунктир із крапок – візуально спостерігаються суттєві відмінності. Фігура ЕГф повністю міститься у фігурі ЕГк, на відміну від ліній, що відображають контрольні групи, які майже повністю співпадають.

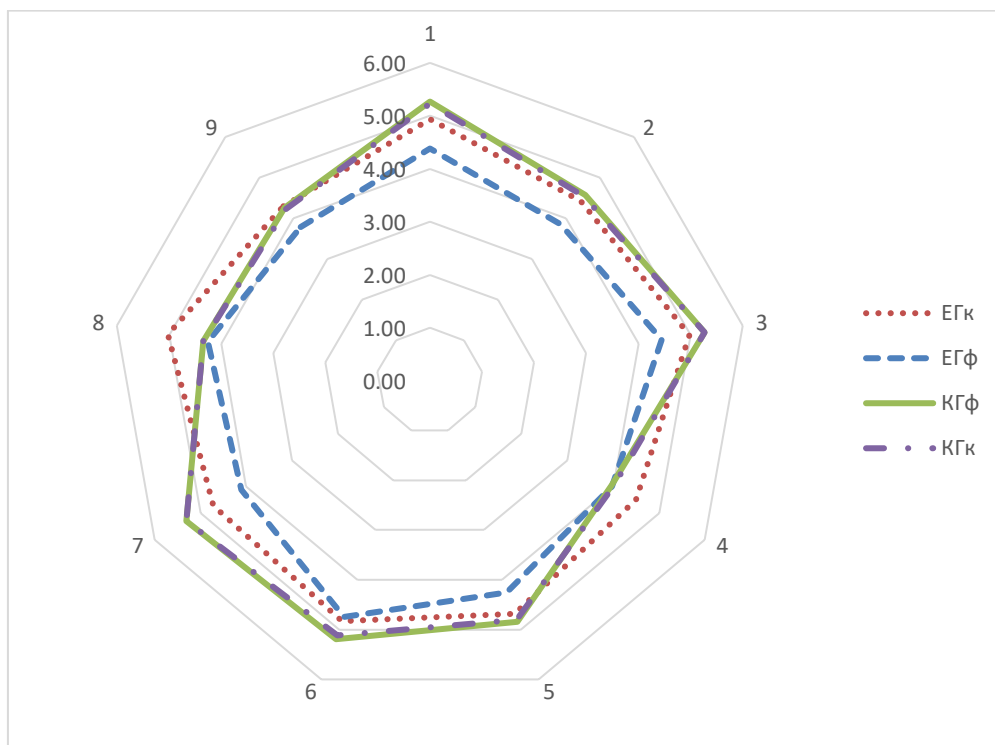


Рис.2.16. Порівняння результатів експрес-діагностики загальної комунікативної толерантності в контрольній та експериментальній групах на контрольному і формувальному етапах експерименту

Попарно унаочнимо відмінності між отриманими результатами для різних шкал на констатувальному та формувальному етапах (рис. 3.17).

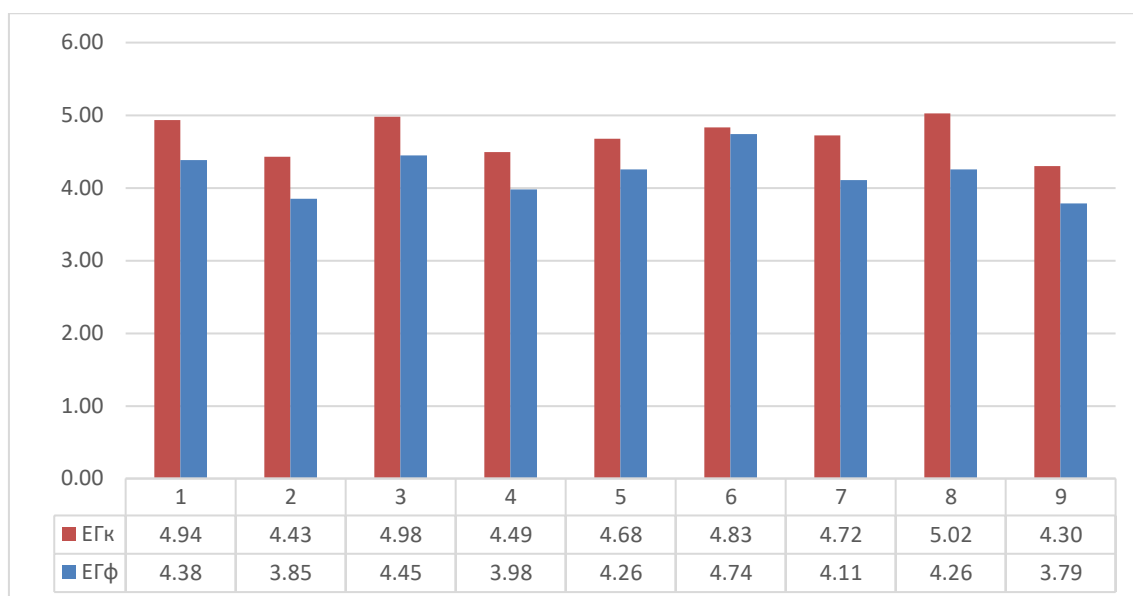


Рис.2.17. Порівняння середніх результатів комунікативної толерантності за її компонентами в експериментальній групі на констатувальному та формувальному етапах

Як видно з гістограми, суттєвий приріст був отриманий за 8 шкалами із 9. За шкалою 6 – «прагнення зробити співрозмовника зручним» – суттєвого прогресу досягти не вдалося, що задає напрям для пошуку шляхів вдосконалення запропонованих нами методик підвищення комунікативної компетентності медиків-кардіологів.

Проведемо покомпонентне порівняння значення комунікативної компетентності на констатувальному та по завершенню формувального експерименту. За нетиповий зсув прийнято «нульове значення».

Таблиця 3.33

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів за результатами діагностування рівня комунікативної компетентності на констатувальному та по завершенню формувального етапу

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	54	61	7	7	14

2	66	70	4	4	8.5
3	49	55	6	6	13
4	58	61	3	3	4
5	76	81	5	5	11.5
6	67	71	4	4	8.5
7	71	74	3	3	4
8	67	70	3	3	4
9	70	73	3	3	4
10	69	72	3	3	4
11	68	68	0	0	1
12	69	73	4	4	8.5
13	67	72	5	5	11.5
14	71	75	4	4	8.5
Сума рангів нетипових зсувів					1

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 1$;

Критичні значення при $n = 14$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 15$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 25$;

Таким чином, можна відзначити, що зростання комунікативної компетентності є суттєвим, тобто спостерігається статистично-значущий приріст.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою шкали Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} = 0.936$$

Де d_i – значення із Таблиці 2.33. , $n=14$.

Критичне значення критерію Спірмена при $n=14$ і $p < 0,01$ становить 0.68.

$\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща.

Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку

за шкалою Чеддока – дуже висока.

Підсумовуючи результати формувального експерименту, відзначимо, що нам у цілому вдалося підвищити рівень комунікативної компетентності, розглянувши її як сукупність компонентів – якісних характеристик особистості, відображених у таблиці 3.34.

Таблиця 3.34

Зведена таблиця результатів підвищення комунікативної компетентності медичних працівників кардіологічного профілю

№	Індекс	Шкала	Група		Δ	Т _{емп}	Значущість
			ЕГк	ЕГф			
1	К ₁	Доброзичливість	54,26%	61,17%	6,91%	231	так
2	К ₂	Емпатія	66,17%	69,77%	3,60%	3	так
3	К ₃	Комунікабельність	49,38%	54,59%	5,21%	15	так
4	К ₄	Рефлексивність	58,30%	60,83%	2,53%	828	ні
5	К ₅	Конфліктостійкість	76,38%	81,22%	4,84%	10	так
6	К ₆	Сприймання індивідуального в інших	67,09%	70,78%	3,69%	287,5	так
7	К ₇	Сприймання іншого стилю мислення	70,50%	74,33%	3,83%	276	так
8	К ₈	Толерантність в оцінці інших	66,81%	70,35%	3,54%	342	так
9	К ₉	Вміння приховувати неприємні почуття	70,07%	73,48%	3,41%	378	імовірна
10	К ₁₀	Вміння приймати людей такими, які вони є	68,79%	71,63%	2,84%	405	імовірна
11	К ₁₁	Повага до особистості	67,80%	68,37%	0,57%	946	ні
12	К ₁₂	Вміння прощати	68,51%	72,62%	4,11%	312,5	так
13	К ₁₃	Терпимість до дискомфорту від спілкування	66,52%	71,63%	5,11%	153	так
14	К ₁₄	Адаптивність	71,35%	74,75%	3,40%	300	так

Σ	К	Комунікативна компетентність	65,85%	69,68%	3,83%	1	так
----------	---	------------------------------	--------	--------	-------	---	-----

Проведене нами тестування по завершенню формувального етапу експерименту з підвищення комунікативної компетентності медиків кардіологічного профілю показало значуще її зростання в експериментальній групі умовно з 65,85% до 69,68%. Що за критерієм $T_{\text{емп}} = 1$ Вілкоксона показало статистично значущий приріст з імовірністю вищою за 99% ($p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 15$). Коефіцієнт кореляції Спірмена $r=0,936$ показав, що залежність ознак статистично значуща. Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – дуже висока.

Покомпонентний аналіз комунікативної компетентності виявив значущі покращення за 12 шкалами із 14, причому для 10 з них імовірність того, що цілеспрямований вплив запропонованої нами моделі розвитку комунікативної компетентності медичного працівника в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю».

Іншими словами, для зміни цієї внутрішньої риси недостатньо пройти Програму, ця зміна відбувається лише під тиском життєвих обставин, і жодне короткострокове навчання не може дати позитивний ефект у середньому для цієї групи, хоча, безумовно, спостерігаються деякі позитивні зрушення, які потребують подальшого саморозвитку особистості лікаря-кардіолога. Для контрольної групи значущих змін не відбулося.

Висновки до третього розділу

Третій розділ дисертаційного дослідження є вирішення четвертого завдання. З метою підвищення якості реалізації побудованої моделі розвитку комунікативної компетентності в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт» кардіологічного профілю було розроблено комплексну програму з підвищення ефективності комунікації даних осіб, що включала три етапи психологічної роботи: навчання та психологічне консультування медиків, розгляд ряду ситуаційних вправ та відпрацювання низки психотерапевтичних технік

підвищення комунікації. Розроблена комплексна програма включала три етапи психологічної роботи: навчання та психологічне консультування медиків, розгляд ряду ситуаційних вправ та відпрацювання низки психотерапевтичних технік підвищення комунікації. Програма включала наступний комплекс психологічної роботи: курс лекцій-бесід з питань підвищення рівня комунікативної компетентності; аналіз та усвідомлення моделі взаємодії медпрацівника і пацієнта; ролі невербальних компонентів комунікації в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю»: міміка і жести; освоєння різних видів спілкування; актуалізація знань про етичні обов'язки лікаря стосовно пацієнта; застосування Калгарі-Кембриджської моделі клінічного спілкування, що сприяло розвитку комунікативних навичок лікаря-кардіолога та інших форм роботи.

У ході проведення дослідження було приділено значну увагу аналізу комунікаційної діяльності лікаря-кардіолога. Оскільки на констатувальному етапі відбулось повне діагностування, це дозволило виокремити найбільш слабкі місця в системі знань, умінь, навичок, особистісних ставлень, здатностей, необхідних для реалізації професійних функцій і здійснити цілеспрямований вплив на розвиток їх комунікативної компетентності.

Розроблена та впроваджена комплексна програма з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю підтвердила свою ефективність. З'ясовано, що за двома компонентами «Вміння приховувати неприємні почуття», «Вміння приймати людей такими, які вони є» імовірність позитивного впливу проведених занять знаходиться в межах від 95% до 99%. Максимальної ефективності ($\Delta = 6,91\%$) вдалося досягнути за шкалою доброзичливості. Найменші зміни, які навіть не попали в зону значущості, були отримані за шкалами «Рефлексивність» ($\Delta = 2,53\%$) і «Повага до особистості» ($\Delta = 0,57\%$). Необхідно зазначити, що за шкалою «Повага до особистості» медики показали достатньо високий результат (67,80% на контрольному і 68,37% по завершенню формувального), на відміну від шкали «Рефлексивність», із результатами 58,30% і 60,83%,

відповідно на констатувальному і формувальному етапах.

Все зазначене дозволило зробити висновок про успішне завершення експерименту із експериментальної апробації з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю.

Матеріали III розділу дисертації опубліковані у наступних працях:

1. Кушнєрьова А. М. Особливості комунікативної компетентності лікаря-кардіолога з пацієнтом. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. праць. Київ, 2021. Вип. 2. С. 72–79.

2. Психічне здоров'я особистості : посіб. для студентів вищих навч. закладів / Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнєрьова А. М., Невмержицький В. М. Київ : «Вид-во Людмила», 2021. С. 93–100, С. 132–139, С. 249–254.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичний аналіз та проведено емпіричне дослідження в результаті чого запропоновано цілісне розуміння феномену комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю. Узагальнюючи результати дослідження можемо дійти наступних висновків:

1. Теоретичний аналіз проблеми свідчить про те, що специфіка комунікації медичного працівника полягає в тому, що спілкування відбувається в двох основних його формах - в одному випадку це засіб організації діяльності, в іншому - задоволення потреби людини в живому контакті. Можна відзначити, що психологічний вплив, що розгортається як суб'єкт - об'єктний, призводить до результатів у вигляді репродуктивних утворень. Більш того, процес спілкування в медицині виступає також процесом пізнання. Лікар-кардіолог у взаємодії з пацієнтом здійснює різні типи спілкування, а саме: ділове спілкування, виховний вплив, діагностична бесіда, інтимно-особистісне спілкування.

2. Результати теоретичного аналізу та дані нашої пошуково-дослідницької роботи дали змогу розробити модель розвитку комунікативних якостей медичного працівника в діаді «медичний працівник – пацієнт кардіологічного профілю». Використання генетико-моделюючого, психодинамічного, компетентнісного та системного підходів до розробки цієї моделі дозволило представити її як цілісну систему, утворену сукупністю функціонально пов'язаних і закономірних компонентів. Складовими розробленої нами моделі є концептуально-цільовий блок (мета, цілі, підходи, принципи, задачі, функції), змістовний (змістові модулі), організаційно-технологічний (методи, умови, засоби, форми), діагностичний (опитування, інтерпретація, рівні сформованості складових) та результативний (підвищення рівня компетентності).

3. Розроблена комплексна програма включала три етапи психологічної роботи: навчання та психологічне консультування медиків, розгляд ряду

ситуаційних вправ та відпрацювання низки психотерапевтичних технік підвищення комунікації. Програма включала наступний комплекс психологічної роботи: курс лекцій-бесід з питань підвищення рівня комунікативної компетентності; аналіз та усвідомлення моделі взаємодії медпрацівника і пацієнта; ролі невербальних компонентів комунікації в діаді «лікар-кардіолог – пацієнт кардіологічного профілю»: міміка і жести; освоєння різних видів спілкування; актуалізація знань про етичні обов'язки лікаря стосовно пацієнта; застосування Калгарі-Кембриджської моделі клінічного спілкування, що сприяло розвитку комунікативних навичок лікаря-кардіолога та інших форм роботи.

4. Проведений констатувальний етап експерименту дозволив визначити поточний рівень комунікативної компетентності медиків кардіологічного профілю, який умовно склав 65,60% для контрольної і 65,85% для експериментальної групи. Фактично за всіма показниками рівень був середнім або високим. Найнижчі значення мала комунікабельність (51,09% для контрольної і 49,38% для експериментальної групи), а найвищі – конфліктостійкість, відповідно 73,92% для контрольної і 76,38% для експериментальної групи.

Обидві групи лікарів показали фактично однаковий досить високий рівень адаптивності (відповідно 71,54% для контрольної і 71,35% для експериментальної груп). Це означає, що лікарі готові були пристосовуватись до поточної ситуації, змінюватись, сприймати нове. Експериментальна група показала суттєво нижчі значення толерантності до дискомфорту від спілкування (66,52% проти 71,03% в контрольної). Це є досить вагомим сигналом щодо акцентації пріоритетів у виборі тренінгових технік на формуальному етапі, які мали сприяти зростанню цієї складової комунікативної компетентності.

5. Розроблена та впроваджена комплексна програма з підвищення ефективності комунікації лікаря-кардіолога з пацієнтами кардіологічного профілю підтвердила свою ефективність. З'ясовано, що за двома

компонентами «Вміння приховувати неприємні почуття», «Вміння приймати людей, такими, які вони є» імовірність позитивного впливу проведених занять знаходиться в межах від 95% до 99%. Максимальної ефективності ($\Delta = 6,91\%$) вдалося досягнути за шкалою доброзичливості. Найменші зміни, які навіть не попали в зону значущості були отримані за шкалами «Рефлексивність» ($\Delta = 2,53\%$) і «Повага до особистості» ($\Delta = 0,57\%$). Необхідно зазначити, що за шкалою «Повага до особистості» медики показали достатньо високий результат (67,80% на контрольному і 68,37% по завершенню формувального), на відміну від шкали «Рефлексивність», з результатами 58,30% і 60,83%, відповідно на констатувальному і формувальному етапах.

Перспективами подальшого дослідження є удосконалення алгоритму консультування, проведення подальших досліджень з метою покращення комунікації медичних працівників з пацієнтами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г. С. Практикум по психологическому консультированию. Екатеринбург : «Деловая книга»; М. : Издат. центр «ACADEMIA», 2004
2. Августин А. Исповедь. М : Изд-во «Ренессанс», 1991. 488 с.
3. Айзенк Г. Ю. Психология: польза и вред. Смысл и бессмыслица. Факты и вымысел / пер. В. В. Гуриновича. Минск : Харвест, 2003. 912 с.
4. Аксенова Г. Н., Белый В. В. Культура речи молодого врача : учеб.-метод. пособие. Минск : БГМУ, 2011. 100 с.
5. Акулинина Н. Б. Специфика общения медработника и пациента / Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная клиническая больница имени В. Д. Бабенко». URL: <https://tob.tmbreg.ru/info/profilaktika/2016year/942.html>.
6. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 333 с.
7. Александров А. А. Современная психотерапия : курс лекций. СПб. : «Академ. проект», 1997. 336 с.
8. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. изд. 2-е. М. : Независимая фирма «Класс», 1999. 208 с.
9. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. М. : Высшая шк., 1969. 384 с.
10. Асмолов А. Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа. М. : Смысл, 2001. 416 с.
11. Ахметгалина Н. Н., Гагай В. В. Особенности профессиональной идентичности студентов медицинского колледжа с различным уровнем коммуникативной толерантности. *Мир науки. Педагогика и психология*. 2019 № 1. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/89PSMN119.pdf>.
12. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми : учеб. пособие / Винокур А. В. и др. СПб. : Санкт-Петербургская акад. МВД России, 1998. 83 с.
13. Барсукова М. И., Дорогойкин Д. Л., Кочеткова Т. В. Проблема коммуникации по линии «Врач – пациент». *Бюллетень медицинских*

интернет-конференций. 2016. № 1. С. 106–107. URL:
<https://cyberleninka.ru/article/n/problema-kommunikatsii-po-linii-vrach-patsient>.

14. Барсукова М. И, Кочеткова Т. Н. Медицинский дискурс: практика речевого общения. *Медицина в системе современных социальных практик*. Саратов : Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2009. С. 220–248.

15. Батанова Н. А., Исаев Д. Н. Психопатологические особенности детей с вегетососудистой дистонией по гипотоническому и гипертоническому типу / *Психопатология, психология эмоций и патология сердца* / Н. А. Батанова, Д. Н. Исаев, В. В. Юрьев. М., 1985. С. 5–16.

16. Батаршев А. В. Диагностика способности к общению. СПб. : Питер, 2006. 176 с.

17. Бацевич Ф. С. Основы комунікативної лінгвістики : підручник. Київ : Академія, 2004. 192 с.

18. Беляков Ф. Н. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца. *Кардиология*. 2002. Т. 42, № 8. С. 63–67.

19. Бехтерев В. М. Избранные труды по психологии личности : в 2 т. Т. 1. СПб. : Алетейя, 1999. 251 с.

20. Билибин А. Ф., Царегородцев Г. Н. О клиническом мышлении врача. М., 1973. 168 с.

21. Богословский В. В., Степанов А. А., Виноградова А. Д. Общая психология : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов / под ред. В. В. Богословского. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Просвещение, 1981. 383 с.

22. Бойко В. В. Методика диагностики коммуникативной установки. *Толерантное сознание и формирование толерантных отношений (теория и практика* : сб. науч.-метод. 2-е изд. М. : Изд-во МСИ; Воронеж : НПО «МОДЕК», 2003. 386 с.

23. Бойко В. В. Субъектные отношения во взаимодействии стоматолога с пациентом. СПб., 2000. 28 с.

24. Болотов В. А., Сериков В. В. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе. *Педагогика*. 2003. № 10. С. 8–14.

25. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М. : Академ. проект, 2004. 237 с.
26. Брызгунов И. П., Рузметова Ш. К. Особенности межличностных отношений подростков с разными формами вторичной артериальной гипертензии. *Педиатрия*. 1991. № 6. С. 16–18.
27. Бурно М. Е. Психотерапия, этика и права человека. *Независимый психотерапевтический журнал*. 1997. С. 20–22.
28. Вагнер Е. А., Росоновский А. А. О самовоспитании врача. Пермь : Пермское кн. изд-во, 1976. 160 с.
29. Вайль С. С. Некоторые вопросы врачебной деонтологии. Л. : Медицина, 1969. 43 с.
30. Василик М. А., Вершин В. А. Основы теории коммуникации : учебник. М. : Гардарики, 2003. 615 с.
31. Введенский В. Н. Компетентность педагога как важное условие успешности его профессиональной деятельности. *Инновации в образовании*. 2003. № 4. С. 21–31.
32. Великий тлумачний словник української мови / уклад. і гол. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь : Перун, 2005. 1728 с.
33. Вересаев В. В. Полное собрание сочинений в 4 т. Т. 1. Записки врача М. : Изд-во «Правда», 1985. 343 с.
34. Вернадский Э. Медицина, врачи и публика. М. Медицина, 1903. 51 с.
35. Винокур Т. Г. Говорящий и слушающий. Варианты речевого поведения М. : Наука, 1993. 172 с.
36. Волкова Н. П. Професійно-педагогічна комунікація: теорія, технологія, практика : монографія. Донецьк : Вид-во ДНЦ, 2005. 304 с.
37. Вройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
38. Выготский Л. С. Вопросы детской психологии. СПб. : Союз, 1997. 224 с.

39. Гаврилова Е. А. Роль поведенческого типа А и психического стресса в развитии ишемической болезни сердца, возможности психопрофилактики и психотерапии заболевания. *Кардиол.* 1999. № 9. С. 72–80.
40. Гаврипов В. Е. Модульный подход к психологической классификации профессий. *Совершенствование профориентации и профотбора молодежи на рабочие профессии.* Л., 1986
41. Герасименко С. Л. Формирование коммуникативной культуры будущего медицинского работника в процессе изучения иностранного языка : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.08. Курск, 2007. 282 с.
42. Гиппократ. Избранные книги. М. : Госбиомедгиз, 1936. 736 с.
43. Головань М. С. Компетенція і компетентність : досвід теорії, теорія досвіду. *Вища освіта України.* 2008. № 3. С. 23–30.
44. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ : Либідь, 1997. 376 с.
45. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, 1988. 192 с.
46. Грандо А. А., Грандо С. А. Врачебная этика. Киев : РИА «Триумф», 1994. 256 с.
47. Гребень Н. Ф. Психологические тесты для профессионалов. Минск: Современная школа, 2007. 496 с.
48. Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. М., 1969. 76 с.
49. Губачев Ю. М. Психосоматические соотношения при гипертонической болезни и ишемической болезни сердца: лекция по терапии для врачей-курсантов / Ленинград. гос. ин-т усовершенствования врачей им. С. М. Кирова, II кафедра терапии. Л., 1978. 28 с.
50. Гургенян С. В., Погосова Г. В., Вартанян Ж. Г. Психосоматические соотношения у больных гипертонической болезнью и почечной артериальной гипертонией. *Терапевтический архив.* 1995. Т. 67,

№ 12. С. 21–25.

51. Даниленко Т. П. Акцентуации характера и личностные особенности пациентов с кардиофобиями. *Медицина психология*. 2010. Т. 5, № 2. С. 62–63.

52. Двойников С. И., Аббясов И. Х. Уход за больными терапевтического и хирургического профиля : теоретическая часть : учеб. пособие для студ. лечебного фак-та. Самара : ГОУ ВПО Самар. гос. мед. ун-т, 2011. 196 с.

53. Дейк Ван Т. А. Язык. Познание. Коммуникация. Благовещенск : БГК им. И. А. Бодуэна де Куртенэ, 2000. 308 с.

54. Деонтологические принципы и психологические особенности профессионального взаимодействия доктора с пациентом / Л. А. Троицкая, М. А. Романова, И. А. Григорьева, Н. Н. Алехичева, А. А. Беликова. *Практика педиатра*. 2013. № 6. С. 48–61.

55. Дерев'янюк А. А. Психосоматичні особливості перебігу серцево-судинних захворювань у дітей. *Кардіологія*. 2004. Т. 9, № 1. С. 93.

56. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. [для вищих навч. закл.]. Львів : Видав. центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 263 с.

57. Доссе Ж. Научное знание и людскую гідність. *Кур'єр ЮНЕСКО*. 1994. Листоп. С. 6.

58. Древаль А. В. Диагностика болезней (метод интервью). М. : Медицина, 1994. 160 с.

59. Дымнова Л. В., Качимова В. И. Специфика коммуникации в медицинском добровольчестве : метод. реком. М., 2018. 36 с. URL: <https://xn---ctbhcbtapdmikb4a2a0m.xn--p1ai/wp-content/uploads/2018/12/Metodicheskie-rekomendatsii---Spetsifika-kommunikatsii---.pdf>

60. Евплова Е. В. Как развить коммуникативные навыки у студентов? *Актуальные проблемы педагогики и психологии*. 2014. № 1. С. 41–45.

61. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині : навч. посіб. / Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, В. В. Чугунов та ін. 5-е вид., перероб. та доп. Харків : ХМАПО, 2014. 328 с.
62. Зимин Ю. В. Психосоциальные факторы в проблеме внезапной сердечной смерти. *Кардиология*. 1991. № 9. С. 90–97.
63. Знаков В. В. Психология понимания: проблемы и перспективы. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. 448 с.
64. Иванюшкин А. Я. Профессиональная этика в медицине. Философские очерки. М. : Медицина, 1990. 224 с.
65. Ильин Е. П. Эмоции и чувства : учеб. пособие по направлению 050100 «Педагогическое образование». 2-е изд. СПб. : Питер, 2018. 782 с.
66. Карасик В. И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. Волгоград : Перемена, 2002. 385 с.
67. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? *Вопросы психологии*. 1993. № 1. С. 86–88.
68. Каган М. С. Філософська теорія цінностей. СПб. : ТОО ТК «Петрополис», 1997. 205 с.
69. Кант И. Основы метафизики нравственности : соч. в 6-ти т. М., 1965. Т. 4.
70. Караванов Г., Коршунова В. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга. Львов : Вища шк., 1974. 84 с.
71. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд. / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Издат. дом «Питер», 2018. 896 с.
72. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. М. : Питер, 1985. 672 с.
73. Кардіологія дитячого та підліткового віку : наук.-практ. посіб. / П. С. Мощич, Ю. В. Марушко, С. О. Бабко та ін.; за ред. П. С. Мощич, Ю. В. Марушко. Київ : Вища шк., 2006. 422 с.
74. Кароли Н. А., Ребров А. П., Чеснокова Е. В. Реальность и эффективность взаимодействия врача и больного в амбулаторных условиях *Аллергология*. 2001. № 4. С. 44-46.

75. Карпов А. В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. *Психологический журнал*. 2003. Т. 24, № 5. С. 45–57.
76. Кассирский И. А. О врачевании. Проблема и раздумья. М. : Медицина, 1970. 272 с.
77. Кеннон В. Физиология эмоций. Л. : Прибой, 1927. 175 с.
78. Климов Е. А. Как выбрать профессию. М. : Просвещение, 1990. 159 с.
79. Климов Е. А. Путь в профессию : пособие для старших кл. общеобразоват. шк. Л. : Лениздат, 1974. 192 с.
80. Коммуникативные навыки в профессиональной деятельности врача общей практики и консультирование пациента / Г. Н. Шеметова, Е. А. Андриянова, Г. В. Губанова и др. Саратов : Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2017. 200 с.
81. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: бібліотека з освітньої політики / Бібік Н. М. та ін. / під заг. ред. О. В. Овчарук. Київ : К.І.С., 2004. 112 с.
82. Корженьянц Б. Парацельс. *Світ вогненний*. 1994. № 5. С. 86–87.
83. Коршунов Н. И. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. Психологические аспекты лечения. *Новости медицины и фармации*. 1994. № 2. С. 42–46.
84. Коршунов Н. И., Яльцева Н. В. Некоторые вопросы взаимоотношений в диаде «врач-пациент». *Новости медицины*. 1995. № 1. С. 51–53.
85. Коршунов Н. И., Яльцева Н. В. Ревматоидный артрит: оценка эффективности лечения и некоторые аспекты в диаде врач-больной. *Терапевтический архив*. 1997. № 5. С. 33–35.
86. Коршунов Н. И., Яльцева Н. В. Эффект лечения больных ревматоидным артритом и взаимопонимание в диаде врач-больной. *Новости медицины и фармации*. 1994. № 2. С. 55.
87. Косенко Ю. В. Основы теорії мовної комунікації : навч. посіб.

Суми : Сумський держ. ун-т, 2011. 187 с.

88. Костриця Н. М. Формування українського професійного мовлення у студентів вищих навчальних закладів економічної освіти України : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2002. 231 с.

89. Котельников В. П. От Гиппократ до наших дней. М. : Знание, 1987. 112 с.

90. Кочеткова Т. В. Язык как главный инструмент формирования общей и профессиональной культуры врача. *Медицинское образование* : сб. тезисов. М. : Изд-во Первого Моск. гос. мед. ун-та им. И. М. Сеченова, 2015. С. 188–189.

91. Кочеткова Т. В. Языковая личность в лекционном тексте. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1998. 212 с.

92. Кузьмина Н. В. Способности, одаренность, талант учителя. Л. : Знание, 1985. 32 с.

93. Кулюткин Ю. Н., Сухобская Г. С. Личность внутренний мир и самореализация. Идеи, концепции, взгляды. СПб. : Тускарора, 1996. 175 с.

94. Куницына В. Н. Трудности межличностного общения : автореф. дисс. ... д-ра псих. наук : 19.00.06. СПб., 1991. 34 с.

95. Кушнерьова А. М. До проблеми комунікації медичних працівників з пацієнтами: психологічний аспект. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2020. Т. XIV, вип. 4. С. 208–216.

96. Кушнерьова А. М. Завдання комунікації в діаді «лікар – пацієнт» кардіологічного профілю. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Hamilton, 2021. Vol. 43. P. 26–30.

97. Кушнерьова А. М. Особливості комунікативної компетентності лікаря-кардіолога з пацієнтом. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. праць. Київ, 2021. Вип. 2. С. 72–79.

98. Кушнерьова А. М. Проблема дослідження комунікативних якостей, навичок та вмінь лікаря-кардіолога. *Актуальні проблеми психології* :

зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ : ПП Лисенко, 2019, Т. IX, вип. 12. С. 232–241.

99. Лакосина Н. Д., Сергеев И. И. Клиническая психология : учебник для студ. мед. вузов. М. : МЕДпресс-информ, 2003. 416 с.

100. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века. Дела сердечные. М. : Эксмо, 2010. 285 с.

101. Лежепекова Л. Н., Якубов Б. А. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача. Л. Медицина, 1982. 84 с.

102. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. [4-е изд.]. М. : Изд-во МГУ, 1981. 584 с.

103. Локк Дж. Опыт о человеческом разуме / Локк Дж. Сочинения в 3 т. Т. 1. М. : Мысль, 1985. 621 с.

104. Ломов Б. Ф Категория общения и деятельности в психологии. *Вопросы философии*. 1979. № 8. С. 28–39.

105. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и артрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. 111 с.

106. Максименко С. Д. Психологія учіння людини: генетико-моделюючий підхід : монографія. Київ : Видав. Дім «Слово», 2013. 592 с.

107. Малер М., Пайн Ф., Бергман А. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и Индивидуация. М. : Когито-Центр, 2011. 416 с.

108. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

109. Манулик В. А., Михайлюк Ю. В. Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теоретический аспект). *Инновационные образовательные технологии*. 2013. № 1. С. 19–23.

110. Мармоза А. Т. Теорія статистики : підручник. 2-ге вид. перероб. та доп. Київ : «Центр учбової л-ри», 2013. 592 с.

111. Марищук В. Л. Психологические основы формирования профессионально значимых качеств : автореф. дисс. ... канд. псих. наук :

19.00.03. Л., 1982. 32 с.

112. Медична психологія : підруч. для студентів вищих навч. закладів / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча. Вінниця : Нова книга, 2008. 520 с.

113. Меремьянин Л. В., Мутафян М. И., Пышкин А. В. Организационные аспекты изучения социально- психологических составляющих деятельности медицинских коллективов. *Актуальные вопросы обеспечения качества медицинской помощи. Аккредитация и лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности* : сб. науч. трудов / под ред. В. И. Старадубова. Воронеж, 1998. С. 79–81.

114. Микиртичан Г. Л., Суворова Р. В., Шепилов В. В. Проблемы ятрогенных заболеваний в системе оценки качества медицинской помощи. *Проблемы городского здравоохранения* : сб. науч. тр. / под ред. Вишнякова Н. И. СПб., 1998. Вып. 3. С. 105–108.

115. Михеев В. И. Моделирование и методы теории измерений в педагогике. 3-е изд., стереотип. М. : КомКнига, 2006. 200 с.

116. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. 426 с.

117. Назар П. С., Віденський Ю. Г., Грандо А. Основи медичної етики. Київ : Здоров'я, 2002. 344 с.

118. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования : анализ и интерпретация данных : учеб. пособие. 3-е изд., стереотип. Санкт-Петербург : Речь, 2007. 392 с.

119. Нечаев Н. Н., Резницкая Г. И. Формирование коммуникативной компетенции как условие становления профессионального сознания специалиста. *Вестник Ун-та Рос. академии образования*. 2002. № 1. С. 3–21.

120. Ницше Ф. Сумерки идолов : соч. в 2-х т. М., 1990. Т. 2. С. 611–612.

121. Ничкало Н. Г. Державні стандарти професійної освіти: теорія і методика : [монографія]. Хмельницький : ТУП, 2002. 334 с.

122. Новейший философский словарь / ред. и сост. А. А. Грицанов. 2-

е изд., перераб и доп. Минск : Интерпрессервис: Книжный Дом, 2001. 1280 с.

123. Новий тлумачний словник української мови : у 3 т. / уклад. В. В. Яременко, О. М. Сліпушко. Київ : АКОНІТ, 2006. Т. 1: А–К. 926 с.

124. Новиков А. М., Новиков Д. А. Образовательный проект (методология образовательной деятельности). М. : Эгвес, 2004. 120 с.

125. Носс И. Н., Ковалева М. Е. Моделирование в психологическом исследовании. *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2019. № 2. С. 4–13.

126. Обозов Н. Н. О трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия. *Психология межличностного познания* / под ред. Бодалева А. А. М., 1981. С. 80–92.

127. Оксентюк Н. В. Розвиток рефлексії як психологічного механізму формування інтелігенції у студентському середовищі. *Наукові записки [Національного університету «Острозька академія»]* : зб. наук. праць. Серія : Психологія і педагогіка. Острог, 2008. Вип. 11. С. 142–149.

128. Орлов А. Б., Хазанова М. А. Феномены эмпатии и конгруэнтности. *Вопросы психологии*. 1993. № 4 (сент.-окт.). С. 68–73.

129. Орлова М. Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации / Консалтинговая группа BeWinner. URL: <https://bewinner.biz/kalgari-kembridzhskaya-model-meditsinskoj-konsultatsii>.

130. Орлова Н. В. Комунікативно-функціональний підхід до вивчення професійної мови журналістики. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Лінгвістика. Херсон, 2007. Вип. V. С. 298–301.

131. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие. М. : Сфера, 2002. 510 с.

132. Осіпова Т. Ф. Актуалізація аспектів невербальної комунікації в працях О. Потебні у фокусі живого мовлення українців (на матеріалі ілюстрацій з поетичного дискурсу С. Руданського). *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія: Філологія. Харків, 2016. Вип. 74. С. 35–39.

133. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М. : Медицина, 1996. 464 с.
134. Петленко В. П., Шамов И. А. Мудрость взаимности. Л. : Лениздат 1989. 222 с.
135. Петрова Н. Н. Психология для медицинских специальностей : учебник для студ. сред. мед. учеб. заведений. 4-е изд., стер. М. : Издат. центр «Академия», 2008, 320 с.
136. Петрова Н. Н. Роль медицинского персонала в психической адаптации больных к лечению гемодиализом. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 1996. № 1. С. 65–67.
137. Петровская Л. А. Развитие компетентного общения как одно из направлений оказания психологической помощи. *Введение в практическую социальную психологию* / под ред. Жукова Ю. М., Петровской Л. А., Соловьевой О. В. М., 1999. С. 150–162.
138. Петровский А. В. Вопросы истории и теории психологии. М. : Педагогика, 1984. 271 с.
139. Професионалізація медичного освіти: проблеми і перспективи / Н. А. Клоктунова, Е. А. Андриянова, Н. А. Акімова Е. Н. Медведєва. Саратов : Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2014.
140. Психічне здоров'я особистості : посіб. для студентів вищих навч. закладів / Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнєрьова А. М., Невмержицький В. М. Київ : «Вид-во Людмила», 2021. С. 93–100, С. 132–139, С. 249–254.
141. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. СПб. : Изд-во «Питер», 2000. 416 с:
142. Ревенко Д. С., Вартанян В. М., Романенков Ю. А. Статистическая оценка динамических процессов с неопределенными данными. *Економіка та управління підприємствами машинобудівної галузі*. 2008. № 4. С. 53–64.
143. Роговин М. С., Уранцев Л. П., Зимовский Б. Ф. Психология деятельности врача. *Клиническая медицина*. 1986. № 5. С. 133–140.

144. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
145. Селевко Г. Компетентности и их классификация. *Народное образование*. 2004. № 4. С. 138.
146. Семиченко В. А. Теоретичні та методичні основи професійного самовиховання студентів вузу : навч.-метод. посіб. Хмельницький : ХГПШ, 2001. 255 с.
147. Сидоров П. И., Парняков А. В. Ведение в клиническую психологию : учебник для студентов мед. вузов. М. : Академ. проект, Екатеринбург : Деловая книга, 2000. 416 с.
148. Симонов В. П. Высшая нервная деятельность: мотивационно-эмоциональные аспекты. М. : Наука, 1975. 276 с.
149. Словарь русского языка : в 4 т. / под ред. А. П. Евгеньевой. 4-е изд., стер. М. : Русский язык ; Полигграфресурсы, 1999. Т.1. 986 с.
150. Смагіна Т. М. Поняття та структура соціальної компетентності учнів як наукова проблема. *Вісник Житомирського державного університету. Педагогічні науки*. Житомир, 2010. Вип. 50. С. 138–142.
151. Советов Б. Я., Яковлев С. А. Моделирование систем. 7-е изд. М. : Изд-во Юрайт, 2019. 343 с.
152. Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности. М., 1997. 264 с.
153. Співаковський О. В., Осипова Н. В., Сніжко М. В. Педагогічний експеримент для перевірки ефективності методичної системи організації алгоритмічного тестування в процесі підготовки майбутніх вчителів математики. *Інформаційні технології в освіті*. 2010. Вип. 8. С. 23–30.
154. Степанова Н. М. Психокорекційні заходи в комплексному лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. *Медицинская психология*. 2010. Т. 5, № 4. С. 28–35.
155. Татур Ю. Г. Компетентність у структурі моделі якості підготовки спеціалістів. *Вища освіта сьогодні*. 2004. № 3. С. 21.

156. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. Л. : Медицина, 1984. 191 с.
157. Телешевская М. Э., Погибко Н. И. Вопросы врачебной деонтологии. Л. : Медицина, 1978. 160 с.
158. Трибрат Т. А., Шуть С. В., Шепітько В. В. Зв'язок комплаєнсу з індивідуальними особливостями хворих. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. Вип. 4, т. 1. С. 275–277.
159. Триньова Я. О. Гештальт-підхід до біоетизації системи права України. *Право і суспільство*. 2014. № 3. С. 41–46.
160. Трушкина С. В. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача. *Медицинская психология*. 2018. Т. 10, № 4. С. 9.
161. Урванцев Л. П. Психологические аспекты работы с больным: внутренняя картина болезни. *Новости медицины и фармации*. 1994. № 2. С. 40–41.
162. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 490 с.
163. Фіцула М. М. Педагогіка : навч. посіб. для студентів вищих пед. закладів освіти. Київ, 2002. 528 с.
164. Франкл В. Доктор и душа. СПб. : Ювента, 1997. 288 с.
165. Фройд, З. Вступ до психоаналізу = Einführung in die Psychoanalyse : лекції зі вступу до психоаналізу з новими висновками. Київ : Основи, 1998. 709 с.
166. Фромм Э. Здоровое общество. Догмат о Христе. М. : Изд-во АСТ Лтд, 1998. 664 с.
167. Хараш А. У. Социально-психологические механизмы коммуникативного воздействия : автореф. дисс. ... канд. псих. наук : М., 1983. 34 с.
168. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными.

Будапешт, 1973. 286 с.

169. Хаустова О. О., Степанова Н. М. Медико-психологічні заходи, спрямовані на покращення стану здоров'я пацієнтів з гострими та хронічними хворобами системи кровообігу (на моделі інфаркту міокарду та артеріальної гіпертензії). *Med-Anti Dging*. 2009. № 1. С. 83–92.

170. Хомская Е. Д. Нейропсихология индивидуальных различий. *Вестник Московского ун-та. Серия 14. Психология*. М., 1996. № 2. С. 24–32.

171. Цветкова Л. А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. СПб., 1994. 16 с.

172. Шамсиев С. Ш., Еренков В. А. Медицинская этика в педиатрии. Ташкент : Медицина, 1979. 198 с.

173. Шантручек М., Вацек М. К вопросу о стрессе и ишемической болезни сердца. *Здравоохранение : международный журнал*. 1971. № 1. С. 45–57.

174. Шерток Л. Р. де Соссюр. Народження психоаналізу. М. : Прогрес, 1991. С. 54.

175. Эльштейн Н. В. Общемедицинские проблемы терапевтической практики. Таллин : Валгус, 1978. 248 с.

176. Ясперс К. Общая психопатология / [пер. с нем. Л. О. Акопяна]. М. : Практика, 1997. 1056 с.

177. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: навч. посіб. Київ : Либідь, 1996. 246 с.

178. Barry C. A., Bradley G. P., Brillen Barry C. A., Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. 2000. Vol. 320. P. 1246–1250.

179. Beckman H. H., Markokis K. M, Suchman A. L, Frankel R. M. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Archive of Internal Medicine*. 1994. Jun 27. P. 154–159.

180. Bemzweig J., Takayama J., Phibbs C., Lewis C. Pantell H. Gender differences in physician-patient communication. Evidence from pediatric visits. *Source Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997. Jun., Vol. 151. P. 586–591.
181. Bion W. R. Language and the schizophrenic. *In New Directions in Psycho-analysis.* London : Tavistock Publications, 1955. P. 220–239.
182. Botelho R. J. A negotiation model for the doctor-patient relationship. *Medicine.* 1992. Jun., Vol. 9. P. 210–218.
183. Busby A., Gilchrist B. The role of the nurse in the medical ward round. *J Adv Nurs.* 1992. Mar., Vol. 17. P. 339–346.
184. Cantwell BM. Ramirez AJ. Doctor-patient communication: a study of junior house officers. *Source Medical Education.* 1997. Jan., Vol. 31. P. 17–21.
185. Christensen A. J., Moran P. J., Wiebe J. S. Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health psychology.* 1999. Vol. 18, № 2. P. 169–176.
186. Chowaniec C Tucker T. *Can. Med. Assoc. J.* 2012. Vol, 184, № 4. P. 444.
187. Cox J., Mallholland H. An instrument for the assessment of videotapes of general practitioners performance. *British Medical Jornal.* 1993. Vol. 306. P. 1043–1046.
188. Czubalski K. Psychologiczne i psychosomatyczne aspekty chorób serce. *Psychologia lekarska* / M. Jarosz (red.). PZWL : Warszawa, 1988. P. 452–459.
189. D’Angelica M., Hirsch K., Ross H. Surgeon-patient communication in the treatment of pancreatic cancer. *Source Archives of Surgery.* 1997. Sep., Vol. 133. P. 962–966.
190. Dunbar F. Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment. St. Louis : C. V. Mosby and Company, 1948. 243 p.
191. Fortune G., Barrowclough Ch., Lobban F. Illness representations in depression. *British Journal Clinical Psychology.* 2004. Vol. 43, № 4. P. 347–364.

192. Gilligan T. Raffln TA. Physician virtues and communicating with patients. *Source New Horizons*. 1997. Feb., Vol. 5. P. 6–14.
193. Girgis A., Sanson-Fisher RW., McCarthy WH. Communicating with patients: surgeons' perceptions of their skills and need for training. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*. 1997. 01 Nov., Vol. 67. P. 775–780.
194. Grosse E. U. Tekt und Kommunikatijn. Stuttgart Kohihmer, 1976. P. 11.
195. Irish JT Deciphering the physician-older patient interaction. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1997. Vol. 27. P. 251–267.
196. Kushnireva A M. Development of communicative qualities of a medical worker in the diad medical worker – patient" of the cardiological profile. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. 2019, Vol. 13. P. 144–150.
197. Kreisler L. Психосоматика в психопатологии младенчества. *Мать, дитя, клиницист (новое в психоаналитической терапии)* : сборник / под. ред. G. Fava Vizziello, D. N. Stern. М., 1994. С. 112–145.
198. Langewitz W., Keller R. Die schwierige Arzt-Patient-Beziehung-Befunde und Losungsmoglichkeiten. *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis*. 1997. Vol. 86. P. 1383–1386
199. Larsen JH., Risor O., Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice*. 1997. Vol. 14, № 4. P. 295–301.
200. Loffredo C. A. Epidemiology of cardiovascular malformations: prevalence and risk factors. *Am J Med Genet*. 2000. Vol. 97. P. 319–325.
201. Low R. Anthropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik – Bioethik : Philisophisch-Teologische Beitrage zu einem brisanten Thema. Koln. 1990. 24 p.
202. Matusitz J. Effective doctor-patient communication: An updatedc examination. *Soc Work Public Health*. 2014. Vol. 29. P. 252–266.

203. Mehrabian A., Epstein N. A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*. 1972. Vol. 40, № 4. P. 525–543.
204. Mitscherlich A. Society Without the father: A. Contribution to Social Psychology. 1992. 329 p.
205. Ogden J. Health psychology. Buckingham; Philadelphia, 1997. 336 p.
206. Ong L. M., J. C. de Haes, Hoos A. M. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*. 1995. Apr., Vol. 40. P. 903–918.
207. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. NY : Int. Univ. Press., 1995. 121 p.
208. Shramm W. The Nature of Communication Between Humans. *Process of Effects of Mass Communication*. 1971. 997 p.
209. Sergiy D. Maksymenko, Mykola B. Yevtukh, Yaroslav V. Tsekhmister. Psychology and Pedagogics: Text-book. Kiev : Publishing house «Slovo», 2012. 520 p.
210. Sociology as applied to medicine / edited by Graham Scamdlar. London; Philadelphia; Toronto; Sydney; Tokyo, 2008. 344 p.
211. Steptoe A., Sutcliffe I., Allen B. Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. *Soc Sci Med*. 1991. Vol. 32. P. 627–632.
212. Suchman A. L., Markakis K. A., Beckman H. B. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*. 2007. Vol. 277. P. 678–682.
213. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York, 1958. 465 p.
214. Tomoaki K., Junichi N. Health-related quality of life in outpatients of a psychosomatic medicine clinic: a pilot survey in Japan. *Tokaj Journal Experimental and Clinical Medicine*. 2004. Vol. 29, № 4. P. 135–141.
215. Tomblyn R., Abrahamowicz M., Dauphinee D. Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. *J A M A*. 2007. Vol. 298, № 9. P. 993–1001.

216. Tye-Murray N. Preparing for communication interactions: the value of anticipatory strategies for adults with hearing impairment. *J Speech Hear Res.* 1992 Apr., Vol. 3. P. 430–435.

217. Veatch R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *The Hastings Center Report.* 1972. Vol. 2, № 3. P. 5–7.

ДОДАТКИ

Додаток А

Розрахунок критерію U Манна-Уїтні для відмінностей доброзичливості в контрольній та експериментальній
групах

№	КГ	Р	ЕГ	Р	№	КГ	Р	ЕГ	Р
1	2	5.5	2	5.5	25	7	70	5	46.5
2	2	5.5	2	5.5	26	7	70	5	46.5
3	2	5.5	2	5.5	27			5	46.5
4	3	19.5	2	5.5	28			5	46.5
5	3	19.5	2	5.5	29			5	46.5
6	3	19.5	2	5.5	30			5	46.5
7	3	19.5	2	5.5	31			5	46.5
8	3	19.5	3	19.5	32			5	46.5
9	3	19.5	3	19.5	33			5	46.5
10	3	19.5	3	19.5	34			6	60

11	4	34	3	19.5	35			6	60
12	4	34	3	19.5	36			6	60
13	4	34	3	19.5	37			6	60
14	4	34	3	19.5	38			6	60
15	4	34	3	19.5	39			6	60
16	5	46.5	3	19.5	40			6	60
17	5	46.5	3	19.5	41			6	60
18	5	46.5	3	19.5	42			6	60
19	5	46.5	4	34	43			6	60
20	5	46.5	4	34	44			7	70
21	6	60	4	34	45			7	70
22	6	60	4	34	46			7	70
23	6	60	4	34	47			7	70
24	7	70	4	34					
Рангові суми:							945.5		1755.5

Додаток Б

Розрахунок критерію U Манна-Уїтні для відмінностей рівня емпатії в контрольній та експериментальній
групах

№	КГ	Р	ЕГ	Р	№	КГ	Р	ЕГ	Р
1	17	5.5	14	1	25	87	69.5	68	38.5
2	22	10	16	3	26	89	73	68	38.5
3	24	11	16	3	27			70	41
4	29	12	16	3	28			73	43
5	36	13	17	5.5	29			74	44
6	40	16	20	7.5	30			77	45.5
7	43	18.5	20	7.5	31			77	45.5
8	44	20.5	21	9	32			78	47
9	49	24	37	14	33			80	49
10	56	29	39	15	34			82	53.5
11	58	30.5	41	17	35			82	53.5
12	59	32	43	18.5	36			82	53.5

13	65	35.5	44	20.5	37			82	53.5
14	69	40	46	22	38			83	58.5
15	72	42	48	23	39			83	58.5
16	79	48	50	25	40			83	58.5
17	81	50.5	51	26	41			83	58.5
18	81	50.5	53	27	42			83	58.5
19	83	58.5	55	28	43			84	64
20	84	64	58	30.5	44			84	64
21	84	64	61	33	45			86	68
22	84	64	64	34	46			88	71.5
23	85	67	65	35.5	47			88	71.5
24	87	69.5	66	37					
Рангові суми:							1018		1683

Додаток В

Розрахунок критерію U Манна-Уїтні для відмінностей рівня комунікабельності в контрольній та експериментальній групах

№	КГ	Р	ЕГ	Р	№	КГ	Р	ЕГ	Р
1	1	2	1	2	25	30	68	15	37
2	2	4.5	1	2	26	32	71	16	39
3	4	7.5	2	4.5	27			17	40
4	5	9.5	3	6	28			18	44
5	6	12	4	7.5	29			18	44
6	6	12	5	9.5	30			18	44
7	9	19	6	12	31			19	48
8	9	19	7	14.5	32			22	50.5
9	10	21.5	7	14.5	33			22	50.5
10	11	24	8	16.5	34			23	53.5
11	12	27.5	8	16.5	35			23	53.5

12	13	31.5	9	19	36			24	57
13	15	37	10	21.5	37			24	57
14	18	44	11	24	38			26	61
15	18	44	11	24	39			26	61
16	18	44	12	27.5	40			27	63.5
17	18	44	12	27.5	41			27	63.5
18	21	49	12	27.5	42			29	66.5
19	23	53.5	13	31.5	43			29	66.5
20	23	53.5	13	31.5	44			32	71
21	24	57	13	31.5	45			32	71
22	25	59	14	34.5	46			32	71
23	26	61	14	34.5	47			32	71
24	28	65	15	37					
Рангові суми:							940		1761

Додаток Г

Розрахунок критерію U Манна-Уїтні для відмінностей рівня рефлексивності в контрольній та експериментальній групах

№	КГ	Р	ЕГ	Р	№	КГ	Р	ЕГ	Р
1	0	2.5	0	2.5	25	10	69	6	37
2	1	6.5	0	2.5	26	10	69	6	37
3	2	10	0	2.5	27			7	46.5
4	2	10	1	6.5	28			7	46.5
5	4	17	1	6.5	29			7	46.5
6	4	17	1	6.5	30			7	46.5
7	4	17	2	10	31			7	46.5
8	4	17	4	17	32			7	46.5
9	5	28	4	17	33			7	46.5
10	5	28	4	17	34			7	46.5
11	5	28	4	17	35			8	54.5
12	6	37	4	17	36			8	54.5

13	6	37	4	17	37			9	60.5
14	6	37	4	17	38			9	60.5
15	7	46.5	5	28	39			9	60.5
16	7	46.5	5	28	40			9	60.5
17	7	46.5	5	28	41			9	60.5
18	7	46.5	5	28	42			10	69
19	8	54.5	5	28	43			10	69
20	8	54.5	5	28	44			10	69
21	9	60.5	5	28	45			10	69
22	9	60.5	5	28	46			10	69
23	9	60.5	6	37	47			10	69
24	10	69	6	37					
Рангові суми:							975.5		1725.5

Додаток Д

Розрахунок критерію U Манна-Уїтні для відмінностей результатів експрес-діагностики стійкості до

конфліктів Н. Фетіскіна в контрольній та експериментальній групах

№	КГ	Р	ЕГ	Р	№	КГ	Р	ЕГ	Р
1	21	1	27	3.5	25	47	70	38	36.5
2	24	2	28	5	26	48	71.5	40	43.5
3	27	3.5	30	7.5	27			40	43.5
4	30	7.5	30	7.5	28			41	48.5
5	31	12.5	30	7.5	29			41	48.5
6	31	12.5	31	12.5	30			41	48.5
7	32	16	31	12.5	31			41	48.5
8	33	17.5	31	12.5	32			41	48.5
9	35	22	31	12.5	33			42	54.5
10	35	22	33	17.5	34			42	54.5
11	37	32	34	19	35			42	54.5
12	37	32	35	22	36			42	54.5

13	38	36.5	35	22	37			43	59.5
14	39	40	35	22	38			43	59.5
15	39	40	36	27	39			43	59.5
16	39	40	36	27	40			44	63
17	40	43.5	36	27	41			44	63
18	40	43.5	36	27	42			44	63
19	41	48.5	36	27	43			46	68
20	42	54.5	37	32	44			46	68
21	42	54.5	37	32	45			46	68
22	43	59.5	37	32	46			48	71.5
23	45	65.5	38	36.5	47			49	73
24	45	65.5	38	36.5					
Рангові суми:								913.5	1787.5

Додаток Е

Розрахунок критерію U Манна-Уїтні для відмінностей результатів експрес-діагностики загальної

комунікативної толерантності в контрольній та експериментальній групах

№	КГ	Р	ЕГ	Р	№	КГ	Р	ЕГ	Р
1	27	1	28	2	25	56	68	40	34
2	31	6	29	3	26	56	68	41	36
3	32	8.5	30	4	27			43	39
4	34	14	31	6	28			43	39
5	37	21	31	6	29			44	44
6	38	24	32	8.5	30			44	44
7	38	24	33	11	31			45	49
8	39	29	33	11	32			45	49
9	40	34	33	11	33			45	49
10	40	34	34	14	34			47	52
11	43	39	34	14	35			49	55.5
12	43	39	35	16.5	36			49	55.5
13	43	39	35	16.5	37			50	59

14	44	44	36	18.5	38			50	59
15	44	44	36	18.5	39			50	59
16	44	44	37	21	40			52	63
17	45	49	37	21	41			53	65
18	45	49	38	24	42			53	65
19	48	53.5	39	29	43			56	68
20	48	53.5	39	29	44			57	70
21	50	59	39	29	45			59	71
22	50	59	39	29	46			69	72
23	51	62	39	29	47			72	73
24	53	65	39	29	25				
Рангові суми:							1030.5		1670.5

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, шкала Д. Кемпбелла
для доброзичливості

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	2	2	0	0	11	25	5	5	0	0	11
2	2	2	0	0	11	26	5	5	0	0	11
3	2	3	1	1	34.5	27	5	5	0	0	11
4	2	3	1	1	34.5	28	5	5	0	0	11
5	2	3	1	1	34.5	29	5	5	0	0	11
6	2	3	1	1	34.5	30	5	6	1	1	34.5
7	2	3	1	1	34.5	31	5	6	1	1	34.5
8	3	3	0	0	11	32	5	6	1	1	34.5
9	3	3	0	0	11	33	5	6	1	1	34.5
10	3	3	0	0	11	34	6	6	0	0	11
11	3	3	0	0	11	35	6	6	0	0	11

12	3	3	0	0	11	36	6	6	0	0	11
13	3	4	1	1	34.5	37	6	6	0	0	11
14	3	4	1	1	34.5	38	6	7	1	1	34.5
15	3	4	1	1	34.5	39	6	7	1	1	34.5
16	3	4	1	1	34.5	40	6	7	1	1	34.5
17	3	4	1	1	34.5	41	6	7	1	1	34.5
18	3	4	1	1	34.5	42	6	7	1	1	34.5
19	4	4	0	0	11	43	6	7	1	1	34.5
20	4	4	0	0	11	44	7	7	0	0	11
21	4	4	0	0	11	45	7	7	0	0	11
22	4	5	1	1	34.5	46	7	8	1	1	34.5
23	4	5	1	1	34.5	47	7	8	1	1	34.5
24	4	5	1	1	34.5						
Сума рангів нетипових зсувів:										231	

Додаток Ж

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, діагностика рівня емпатії за І. М. Юсуповим

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	N	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву
1	14	18	4	4	38.5	25	68	68	0	0	1.5
2	16	19	3	3	30	26	68	70	2	2	15
3	16	23	7	7	43.5	27	70	76	6	6	42
4	16	24	8	8	45	28	73	76	3	3	30
5	17	24	7	7	43.5	29	74	78	4	4	38.5
6	20	25	5	5	41	30	77	79	2	2	15
7	20	30	10	10	46	31	77	80	3	3	30
8	21	37	16	16	47	32	78	80	2	2	15
9	37	39	2	2	15	33	80	84	4	4	38.5
10	39	41	2	2	15	34	82	84	2	2	15
11	41	44	3	3	30	35	82	84	2	2	15

12	43	44	1	1	4.5	36	82	84	2	2	15
13	44	46	2	2	15	37	82	85	3	3	30
14	46	49	3	3	30	38	83	85	2	2	15
15	48	50	2	2	15	39	83	85	2	2	15
16	50	51	1	1	4.5	40	83	86	3	3	30
17	51	55	4	4	38.5	41	83	86	3	3	30
18	53	55	2	2	15	42	83	86	3	3	30
19	55	58	3	3	30	43	84	87	3	3	30
20	58	58	0	0	1.5	44	84	87	3	3	30
21	61	62	1	1	4.5	45	86	89	3	3	30
22	64	66	2	2	15	46	88	90	2	2	15
23	65	67	2	2	15	47	88	89	1	1	4.5
24	66	68	2	2	15						
Сума рангів нетипових зсувів:											3

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, за результатами експрес-діагностики
стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	27	27	0	0	2.5	25	38	40	2	2	43
2	28	30	2	2	43	26	40	41	1	1	21.5
3	30	31	1	1	21.5	27	40	41	1	1	21.5
4	30	31	1	1	21.5	28	41	42	1	1	21.5
5	30	31	1	1	21.5	29	41	42	1	1	21.5
6	31	32	1	1	21.5	30	41	42	1	1	21.5
7	31	32	1	1	21.5	31	41	42	1	1	21.5
8	31	32	1	1	21.5	32	41	42	1	1	21.5
9	31	32	1	1	21.5	33	42	42	0	0	2.5
10	33	34	1	1	21.5	34	42	43	1	1	21.5

11	34	35	1	1	21.5	35	42	44	2	2	43
12	35	35	0	0	2.5	36	42	44	2	2	43
13	35	36	1	1	21.5	37	43	44	1	1	21.5
14	35	37	2	2	43	38	43	44	1	1	21.5
15	36	37	1	1	21.5	39	43	45	2	2	43
16	36	37	1	1	21.5	40	44	45	1	1	21.5
17	36	37	1	1	21.5	41	44	45	1	1	21.5
18	36	38	2	2	43	42	44	46	2	2	43
19	36	38	2	2	43	43	46	47	1	1	21.5
20	37	38	1	1	21.5	44	46	47	1	1	21.5
21	37	38	1	1	21.5	45	46	47	1	1	21.5
22	37	38	1	1	21.5	46	48	49	1	1	21.5
23	38	39	1	1	21.5	47	49	49	0	0	2.5
24	38	39	1	1	21.5						

Сума рангів нетипових зсувів	10
------------------------------	----

Тест на доброзичливість. Діагностика за шкалою Д. Кемпбелла.

Тест на доброзичливість визначає рівень доброзичливості, дружелюбності, схильності до інших у респондента. Діагностика проводиться за шкалою Д. Кемпбелла. Визначення доброзичливості. Доброзичливість – це психічний стан, властивість людини, що виражається в емпатії до оточення, інтерес до інших, настрої на участь і спільне рішення задач. Тест складається з 8 пар тверджень, із яких потрібно вибрати одне. Час тестування 5–10 хв. Тест на доброзичливість (Діагностика за шкалою Д. Кемпбелла): посібник. Уважно прочитайте пари питань-тверджень опитувальника. Виберіть одне з суджень в парі – те, яке ви вважаєте правильним.

Опитувальник.

1. **А** Людина, як правило, може бути впевненою в інших людях.
 В Довіряти іншому небезпечно, так як він може використовувати це у своїх цілях.
2. **А** Люди швидше будуть допомагати один одному, ніж ображати один одного.
 В У наш час навряд чи знайдеться така людина, якій можна було б повністю довіритися.
3. **А** Ситуація, коли людина працює для інших, сповнена небезпеки.
 В Друзі та співробітники виступають найкращим гарантом безпеки.
4. **А** Віра в інших є основою виживання в наш час.
 В Довіряти іншим рівнозначно пошуку неприємностей.
5. **А** Якщо знайомий просить у позики, краще знайти спосіб відмовити йому.
 В Здатність допомогти іншому складає одну з кращих сторін нашого життя.

6. А «Договір дорожче грошей» – все ще краще правило в наш час.

В У наш час необхідно прагнути загрожувати всім, незалежно від власних принципів.

7. А Неможливо перестрибнути через себе.

В Там, де є воля, є і результат.

8. А У ділових відносинах не місце дружбу.

В Основна функція ділових відносин полягає в можливості допомогти іншому.

Опрацювання результатів. При збігу відповіді випробуваного з ключем він оцінюється в 1 бал, при розбіжності – в 0 балів. Бали підсумовуються. Вибори, що відображають доброзичливе ставлення до інших людей, позначені зірочкою.

Ключ.

№ Варіанти відповіді

- | | |
|---|-----|
| 1 | А * |
| 2 | А * |
| 3 | В * |
| 4 | А * |
| 5 | В * |
| 6 | А * |
| 7 | В * |
| 8 | В * |

Інтерпретація. 3 бали і менше – низький показник доброзичливого ставлення до інших; 4–6 балів – середній показник доброзичливого ставлення до інших; 7–8 – високий показник доброзичливого ставлення до інших.

Методика «діагностика рівня емпатії» І М. Юсупова¹

Інструкція. Для виявлення рівня емпатійних тенденцій необхідно, відповідаючи (погоджуючись чи ні) на кожне з 36 тверджень, оцінювати відповіді таким чином: при відповіді: «не знаю» – 0 балів, «ні, ніколи» – 1, «іноді» – 2, «часто» – 3, «майже завжди» – 4 і при відповіді: «так, завжди» – 5 балів. Відповідати потрібно на всі пункти.

Текст опитувальника

1. Мені більше подобаються книги про подорожі, ніж книги із серії «Життя чудових людей».
2. Дорослих дітей дратує турбота батьків.
3. Мені подобається роздумувати про причини успіхів і невдач інших людей.
4. Серед всіх музичних телепередач волію «Сучасні ритми».
5. Надмірну дратівливість і несправедливі докори хворого треба терпіти, навіть якщо вони тривають роками.
6. Хворій людині можна допомогти навіть словом.
7. Стороннім людям не слід втручатися в конфлікт між двома особами.
8. Старі люди, як правило, образливі без причин.
9. Коли я в дитинстві слухав сумну історію, на мої очі самі по собі наверталися сльози.
10. Роздратований стан моїх батьків впливає на мій настрій.

¹Ильин Е. П. Эмоции и чувства : учеб. пособие по направлению 050100 «Педагогическое образование». 2-е изд. СПб. : Питер, 2018. 782 с.

11. Я байдужий до критики на мою адресу.
12. Мені більше подобається розглядати портрети, ніж картини з пейзажами.
13. Я завжди прощав все батькам, навіть якщо вони були неправі.
14. Якщо кінь погано тягне, його треба шмагати.
15. Коли я читаю про драматичні події в житті людей, то відчуваю, ніби це відбувається зі мною.
16. Батьки ставляться до своїх дітей справедливо.
17. Коли бачу підлітків або дорослих, що сваряться, я втручаюся.
18. Я не звертаю уваги на поганий настрій своїх батьків.
19. Я подовгу спостерігаю за поведінкою тварин, відкладаючи інші справи.
20. Фільми і книги можуть викликати сльози тільки у несерйозних людей.
21. Мені подобається спостерігати за виразом облич і поведінкою незнайомих людей.
22. У дитинстві я приводив додому бездомних кішок і собак.
23. Всі люди необґрунтовано озлоблені.
24. Дивлячись на сторонню людину, мені хочеться вгадати, як складеться його життя.
25. У дитинстві молодші за віком ходили за мною хвостиком.
26. При вигляді покаліченого тваринного я намагаюся йому чим-небудь допомогти.
27. Людині стане легше, якщо уважно вислухати її скарги.
28. Побачивши вуличну пригоду, я намагаюся не потрапляти в число свідків.
29. Молодшим подобається, коли я пропоную їм свою ідею, справу або розвагу.

- 30. Люди перебільшують здатність тварин відчувати настрій свого господаря.
- 31. Із скрутної конфліктної ситуації людина повинна виходити самотійно.
- 32. Якщо дитина плаче, на те є свої причини.
- 33. Молодь повинна завжди задовольняти будь-які прохання і дивацтва строків.
- 34. Мені хотілося розібратися, чому деякі мої однокласники були так замислені.
- 35. Безпритульних домашніх тварин слід відловлювати і знищувати.
- 36. Якщо мої друзі починають обговорювати зі мною свої особисті проблеми, я намагаюся перевести розмову на іншу тему.

Обробка результатів. Підраховується сума балів. Але колись потрібно перевірити ступінь відвертості обстежуваного. Якщо він відповів «не знаю» на затвердження під номерами 3, 9, 11, 13, 28, 36 і «так, завжди» на затвердження 11, 13, 15 і 27, то це свідчить про його бажання виглядати краще і про недостатню відвертість. Результатам тестування можна довіряти, якщо опитуваний дав не більш трьох нещирих відповідей.

Висновки.

При сумі від 82 до 90 балів у людини дуже високий рівень емпатійності,
від 63 до 81 бали – високий рівень,
від 37 до 62 балів – середній рівень,
від 12 до 36 балів – низький рівень,
11 балів і менше – дуже низький рівень емпатійності.

Комунікабельність (методика В. Ф. Ряховського)

У тесті 16 запитань. Оберіть відповідь, яка описує Вашу поведінку у вказаних ситуаціях.

Перелік запитань тесту

1. На Вас чекає звичайна ділова зустріч. Чи хвилюєтесь Ви?
2. Чи викликає у Вас сум'яття і невдоволення доручення виступити з доповіддю, повідомленням, інформацією на будь-якій нараді, зборах або іншому подібному заході?
3. Чи відкладаєте Ви візит до лікаря до останнього моменту?
4. Вам пропонують виїхати у справах до міста, де Ви ніколи не бували. Чи докладете Ви максимум зусиль, щоб уникнути цієї поїздки?
5. Чи любите Ви ділитися своїми переживаннями з будь-ким?
6. Чи дратуєтесь Ви, якщо незнайома людина на вулиці звернеться до Вас із проханням (показати дорогу, назвати час, відповісти на якесь питання)?
7. Чи вірите Ви, що існує проблема «батьків і дітей» і що людям різних поколінь важко розуміти один одного?
8. Чи посоромитеся Ви нагадати знайомому, що він забув Вам повернути гроші, які позичив кілька місяців тому?
9. У ресторані або в їдальні Вам подали явно неякісні страви. Чи будете Ви мовчати, лише сердито відсунувши тарілку?
10. Опинившись сам на сам з незнайомою людиною, Ви не вступите з ним у бесіду і будете перейматися, якщо

першим заговорить він. Чи так це?

11. Вас жахає будь-яка довга черга, де б вона не була (у магазині, бібліотеці, касі кінотеатру). Чи Ви відмовитеся від свого наміру?

12. Чи боїтеся Ви брати участь у розгляді конфліктних ситуацій?

13. У Вас є власні суто індивідуальні критерії оцінки творів літератури, мистецтва, культури і ніяких чужих думок на цей рахунок Ви не сприймаєте. Це так?

14. Почувши де-небудь висловлювання, яке є явно помилковим із добре відомого Вам питання, чи Ви промовчите?

15. Чи викликає у Вас досаду чиє-небудь прохання допомогти розібратися в тому чи іншому службовому питанні чи навчальній темі?

16. Найбільш охоче Ви викладаєте свою точку зору (думку, оцінку) в письмовій формі, ніж в усній?

Оцінка відповідей:

«Так» – 2 бали, «іноді» – 1 бал, «ні» – 0 балів.

Отримані бали підсумовуються.

30-32 балів. Ви явно некоммунікбельні, і це Ваша біда, оскільки найбільше страждаєте від цього Ви самі. Але і близьким Вам людям нелегко. На Вас важко покластися в справі, яка вимагає групових зусиль. Намагайтеся бути більш коммунікбельними, контролюйте себе.

25-29 балів. Ви замкнуті, неговірки, віддаєте перевагу самотності, тому у Вас мало друзів. Нова робота і необхідність нових контактів якщо і не викликають у Вас паніку, то надовго виводять із рівноваги. Ви знаєте цю

особливість свого характеру і буваєте незадоволені собою. Але не обмежуйтеся тільки таким невдоволенням – у Вашій владі переламати ці особливості характеру. Хіба не буває так, що при сильному захопленні Ви стаєте цілком комунікабельним? Необхідно тільки ожитися.

19-24 балів. Ви певною мірою товариські і в незнайомому оточенні відчуваєте себе цілком упевнено. Нові проблеми Вас не лякають. І все ж із новими людьми спілкуєтесь обережно і обмежено, у суперечках і диспутах берете участь неохоче. У Ваших висловлюваннях часом занадто багато сарказму, без ніяко на те підстави. Ці недоліки варто виправити.

14-18 балів. У вас нормальна комунікабельність. Ви допитливі, охоче слухаєте цікавого співрозмовника, досить терплячі в спілкуванні, відстоюєте свою точку зору без запальності. Без неприємних переживань йдете на зустріч з новими людьми. Водночас не любите гучних компаній; екстравагантні витівки і багатослівність викликають у Вас роздратування.

9-13 балів. Ви досить товариські (часом, можливо, навіть надміру). Цікаві, говіркі, любите висловлюватися з різних питань, що, буває, викликає роздратування навколишніх. Охоче знайомитеся з новими людьми. Любите бути в центрі уваги, нікому не відмовляєте в проханнях, хоча не завжди можете їх виконати. Інколи Ви сердитесь, але швидко заспокоюєтесь. Чого Вам бракує, так це посидючості, терпіння і відваги при зіткненні з серйозними проблемами. За бажання, однак, Ви можете себе змусити не відступати.

4-8 балів. Ви, мабуть, «свій хлопець». Товарищність б'є з Вас ключем. Ви завжди в курсі всіх справ. Ви любите брати участь у всіх дискусіях, хоча серйозні теми можуть викликати у Вас мігрень або навіть нудьгу. Охоче берете слово з будь-якого питання, навіть якщо маєте про нього поверхове уявлення. Усюди почуваєте себе своїй тарілці.

Беретесь за будь-яку справу, хоча не завжди можете успішно довести її до кінця. З цієї самої причини керівники і колеги ставляться до Вас із деяким побоюванням і сумнівами. Задумайтесь над цими фактами.

3 балів і менше. Ваша комунікабельність має болісний характер. Ви балакучі, багатослівні, втручаєтесь в справи, які не мають до Вас ніякого відношення. Беретесь судити про проблеми, в яких зовсім не компетентні. Свідомо чи несвідомо Ви часто буваєте причиною різного роду конфліктів у Вашому оточенні. Запальні, образливі, нерідко буваєте необ'єктивні. Серйозна робота не для Вас. Людям – і на роботі, і вдома, і взагалі всюди – важко з Вами. Так, Вам треба попрацювати над собою і своїм характером! Перш за все виховуйте в собі терплячість і стриманість, шанобливе ставлення до людей, нарешті, подумайте про своє здоров'я – такий стиль життя не проходить безслідно.

Тест рефлексії. Методика діагностики рівня розвитку рефлексивності, опитувальник Карпова А. В.

Для визначення рівня розвитку рефлексії в особистості. Рефлексивність – це здатність людини виходити за межі власного «Я», осмислювати, вивчати, аналізувати що-небудь за допомогою порівняння образу свого «Я» з якимись подіями, особистостями. Рефлексивність, як протилежність імпульсивності, характеризує людей, які, перш ніж діяти, внутрішньо переглядають всі гіпотези, відкидаючи ті з них, які здаються їм малоправдоподібним, приймають рішення обдуманно, виважено, враховуючи різні варіанти вирішення «завдання». Тест на рефлексію. Методика діагностики рівня розвитку рефлексивності, опитувальник Карпова А. В.:

Інструкція. Вам належить дати відповіді на кілька тверджень опитувальника. У бланку відповідей навпроти номера питання проставте, будь ласка, цифру, відповідну варіанту Вашої відповіді:

- 1 – абсолютно невірно;
- 2 – невірно;
- 3 – скоріше так;
- 4 – не знаю;
- 5 – скоріше правильно;
- 6 – правильно;
- 7 – абсолютно правильно.

Не хвилюйтесь, працюючи над відповідями. Пам'ятайте, що правильних або неправильних відповідей у даному

випадку бути не може.

Питання тесту:

1. Прочитавши хорошу книгу, я завжди потім довго думаю про неї; хочеться її з ким-небудь обговорити.
2. Коли мене раптом несподівано про щось запитують, я можу відповісти перше, що спало на думку.
3. Перш ніж зняти трубку телефону, щоб подзвонити по справі, я зазвичай подумки планую майбутню розмову.
4. Зробивши якийсь промах, я довго потім не можу відволіктися від думок про нього.
5. Коли я розмірковую над чимось або розмовляю з іншою людиною, мені буває цікаво раптом згадати, що послужило початком ланцюжка думок.
6. Приступаючи до важкого завдання, я намагаюся не думати про майбутні труднощі.
7. Головне для мене – уявити кінцеву мету своєї діяльності, а деталі мають другорядне значення.
8. Буває, що я не можу зрозуміти, чому будь-хто незадоволений мною.
9. Я часто ставлю себе на місце іншої людини.
10. Для мене важливо в деталях уявляти собі хід майбутньої роботи.
11. Мені було б важко написати серйозний лист, якби я заздалегідь не склав план.
12. Я віддаю перевагу діям, а не розмірковуванням над причинами своїх невдач.
13. Я досить легко приймаю рішення щодо дорогої покупки.
14. Як правило, коли щось задумав, я прокручую в голові свої задуми, уточнюючи деталі, розглядаючи всі варіанти.
15. Я турбуюся про своє майбутнє.

16. Думаю, що в безлічі ситуацій треба діяти швидко, керуючись першою, яка прийшла в голову, думкою.

17. Часом я приймаю необдумані рішення.

18. Закінчивши розмову, я, буває, продовжую вести його подумки, наводячи все нові і нові аргументи на захист своєї точки зору.

19. Якщо відбувається конфлікт, то, розмірковуючи над тим, хто в ньому винен, я в першу чергу починаю з себе.

20. Перш ніж прийняти рішення, я завжди намагаюся все ретельно обмірковувати і зважити.

21. У мене бувають конфлікти від того, що я часом не можу передбачити, якої поведінки чекає від мене оточення.

22. Буває, що, обмірковуючи розмову з іншою людиною, я наче подумки веду з нею діалог.

23. Я намагаюся не замислюватися над тим, які думки і почуття викликають в інших людях мої слова і вчинки.

24. Перш ніж зробити зауваження іншій людині, я обов'язково подумаю, як це краще зробити, щоб її не образити.

25. Вирішуючи важке завдання, я думаю над ним навіть тоді, коли займаюся іншими справами.

26. Якщо я з кимось сварюся, то в більшості випадків не вважаю себе винним.

27. Рідко буває так, що я шкодую про сказане.

Опрацювання результатів.

З цих 27 тверджень 15 є прямими (номера питань: 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24, 25). Решта 12 – зворотні твердження, що необхідно враховувати при обробці результатів, коли для отримання підсумкового балу

підсумовуються в прямих питаннях цифри, відповідні відповідей випробовуваних, а в зворотних – значення, замінені на ті, що виходять при інверсії шкали відповідей. Тобто $1 = 7$, $2 = 6$, $3 = 5$, $4 = 4$, $5 = 3$, $6 = 2$, $7 = 1$.

Ключ до тесту-опитувальником рефлексивності Карпова.

Переклад тестових балів у стени

Стени	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Тестові бали	80 и нижче	81 - 100	101 -107	108 - 113	114-122	123 - 130	131 - 139	140-147	148-156	157-171	172 і вище

При інтерпретації результатів доцільно виходити з диференціації отриманих результатів на три основні категорії. Результати методики, рівні або більші, ніж 7 стенив, свідчать про високорозвинену рефлексивність. Результати в діапазоні від 4 до 7 стенив – індикатори середнього рівня рефлексивності. Показники, менші 4-х стенив – свідоцтво низького рівня розвитку рефлексивності.

Інтерпретація і розшифровка.

Методика базується на теоретичному матеріалі, який конкретизує загальне трактування рефлексивності, а також ряд інших суттєвих особливостей даної властивості. Ці уявлення можна резюмувати в наступних положеннях:

1. Рефлексивність як психічна властивість являє собою одну з основних граней тієї інтегративної психічної реальності, яка співвідноситься з рефлексією в цілому. Двома іншими її модусами є рефлексія в її процесуальному статусі і рефлексування як особливий психічний стан. Ці три модуси найтіснішим чином пов'язані між собою і взаємодетермінують один одного, утворюючи на рівні їх синтезу якісну визначеність, що позначається поняттям

рефлексія. В силу цього, дана методика орієнтується не тільки безпосередньо на рефлексивність як психічну властивість, але також і опосередковано враховує його прояви у двох інших відзначених модусах. Звідси випливає, що ті поведінкові й інтроспективні індикатори, в яких конкретизується теоретичний конструкт, а також самі питання методики, враховують і рефлексивність як психічну властивість, і рефлексію як процес, і рефлексування як стан.

2. Поряд із цим, як показує аналіз літературних даних, діагностика властивості рефлексивності повинна обов'язково враховувати і диференціацію її проявів з іншого важливого критерію, основи – про її спрямованості. Відповідно до нього, як відомо, виділяють два типи рефлексії, які умовно позначаються як «інтра й інтерпсихічна» рефлексія. Перша співвідноситься з рефлексивністю як здатністю до самосприйняття змісту своєї власної психіки і його аналізу, друга – зі здатністю до розуміння психіки інших людей, що включає, поряд із рефлексивністю як здатністю встати на місце іншого, також і механізми проєкції, ідентифікації, емпатії. Отже, загальна властивість рефлексивності включає обидва зазначених типи, а рівень розвитку даної властивості є похідним від них одночасно.

3. Зміст теоретичного конструкту, а також спектр визначених ним поведінкових проявів індикаторів властивості рефлексивності передбачає і необхідність врахування трьох головних видів рефлексії, що виділяються по так званому «тимчасовому» принципу: ситуативної (актуальної), ретроспективної та перспективної рефлексії.

Ситуативна рефлексія забезпечує безпосередній самоконтроль поведінки людини в актуальній ситуації, осмислення її елементів, аналіз того, що відбувається, здатність суб'єкта до співвідношення своїх дій із ситуацією і їх координації відповідно до умов, що змінюються і власним станом. Поведінковими проявами і характеристиками цього виду рефлексії є, зокрема, час обмірковування суб'єктом своєї поточної діяльності; те, наскільки часто він вдається до аналізу того, що відбувається; ступінь розгорнення процесів прийняття рішення; схильність до

самоаналізу в конкретних життєвих ситуаціях.

Ретроспективна рефлексія проявляється в схильності до аналізу вже виконаної в минулому діяльності і доконаних подій. У цьому випадку предмети рефлексії – передумови, мотиви і причини події; зміст минулого поведінки, а також його результативні параметри і, особливо, допущені помилки. Ця рефлексія виражається, зокрема, в тому, як часто і наскільки довго суб'єкт аналізує і оцінює події, що відбулися, чи схильний він взагалі аналізувати минуле і себе в ньому.

Перспективна рефлексія співвідноситься: з функцією аналізу майбутньої діяльності, поведінки; плануванням як таким; прогнозуванням можливих фіналів й ін. Її основні поведінкові характеристики: ретельність планування деталей своєї поведінки, частота звернення до майбутніх подій, орієнтація на майбутнє. За даними автора методики, ступінь надійності розробленого ним тесту-опитувальника, який відображає точність і стійкість його результатів, відповідала психодіагностичним вимогам. Результати перевірки методики на валідність також підтверджують її необхідну з точки зору вимог психометрики ступінь.

Додаток К

Експрес-діагностика соціальних цінностей особистості [162, с. 13–14]

Призначення

Методика сприяє виявленню особистих, професійних і соціально-психологічних орієнтацій та переваг і може бути корисною як при виборі тієї чи іншої роботи, так і при оцінці працівника в процесі найму й атестації кадрів.

Інструкція

Нижче пропонується 16 параметрів. Оцініть для себе значущість кожного з них у балах за шкалою:

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

(Не важливо)

(Дуже важливо)

Опитувальник

№	Параметр	Оцінка в балах
1	Захоплююча робота, яка приносить вам задоволення	
2	Робота з високою зарплатнею	
3	Вдале одруження або заміжжя	
4	Знайомство з новими людьми, соціальні заходи	
5	Залучення в громадську діяльність	
6	Ваша релігія	
7	Спортивні вправи	
8	Інтелектуальний розвиток	
9	Кар'єра	
10	Красиві машини, одяг, будинок тощо	
11	Проведення часу в колі сім'ї	
12	Декілька близьких друзів	
13	Робота на добровільних засадах	
14	Медитація, роздуми, молитви тощо	

15	Здорова збалансована дієта	
16	Читання освітньої літератури, перегляд освітніх передач, самовдосконалення тощо	

Обробка та інтерпретація результатів

Розподіліть бали згідно з розділами таблиці (цифри в розділах – номери відповідних параметрів).

Таблиця 1

Соціальні цінності особистості							
Професійні	Фінансові	Родинні	Соціальні	Суспільні	Духовні	Фізичні	Інтелектуальні
1 - _____	2 - _____	3 - _____	4 - _____	5 - _____	6 - _____	7 - _____	8 - _____
9 - _____	10 - _____	11 - _____	12 - _____	13 - _____	14 - _____	15 - _____	16 - _____
Разом балів: _____	Разом балів: _____	Разом балів: _____	Разом балів: _____	Разом балів: _____	Разом балів: _____	Разом балів: _____	Разом балів: _____

Чим вищою є підсумкова кількість балів у кожному розділі, тим більшу цінність має для вас даний напрямок. При цьому чим ближчими один до одного є значення в усіх восьми розділах, тим більш різнобічною людиною ви є.

Діагностика комунікативної толерантності (за В. В. Бойко)

Інструкція. Вам надається можливість зробити екскурс у різноманіття людських відносин. Із цією метою вам пропонується оцінити себе в дев'ятьох запропонованих нескладних ситуаціях взаємодії з іншими людьми. При відповіді важлива перша реакція. Пам'ятайте, що немає поганих або гарних відповідей. Відповідати треба, довго не роздумуючи, не пропускаючи питання:

1. бал – зовсім неправильно;
2. бали – правильно до деякої міри (недуже);
3. бали – правильно значною мірою (значно);
4. бали – правильно найвищою мірою (дуже сильно).

Перевірте себе: якою мірою ви здатні приймати (не приймати) індивідуальності тих людей, з якими маєте справу.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
1.	Повільні люди діють мені на нерви	
2.	Мене дратують метушливі, непосидючі люди	
3.	Шумні дитячі ігри я ледве переносю	
4.	Оригінальні, нестандартні, яскраві особистості зазвичай діють на мене негативно	
5.	Бездоганна у всіх відношеннях особа мене б насторожила	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: чи не має у вас тенденції оцінювати людей, виходячи з власного «Я»

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
1.	Мене зазвичай виводить з рівноваги некмітливий співрозмовник	
2.	Мене дратують охочі поговорити люди	
3.	Я тяготився б розмовою з байдужим для мене попутником у потязі, літаку, якби він виявив таку ініціативу	
4.	Я тяготився розмовами випадкового попутника, який уступатиме мені за рівнем знань і культури	
5.	Мені важко знайти спільну мову з партнерами іншого інтелектуального рівня, ніж у мене	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: якою мірою категоричні або незмінні ваші оцінки на адресу оточуючих.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
1.	Сучасна молодь викликає неприємні почуття своїм зовнішнім виглядом (зачіска, косметика, вбрання)	
2.	Так звані «нові українці» зазвичай справляють неприємне враження або безкультур'ям, або рвацтвом	
3.	Представники деяких національностей у моєму оточенні відверто несимпатичні мені	
4.	Є тип чоловіків (жінок), що я не виношу	
5.	Терпіти не можу партнерів із низьким професійним рівнем	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: якою мірою ви вмієте приховати або згладжувати неприємні враження при зіткненні з некоммунікбельними якостями людей.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
1.	Вважаю, що на брутальність треба відповідати тим же	
2.	Мені важко приховати, якщо людина чим-небудь неприємна	
3.	Мене дратують люди, що прагнуть у суперечці настояти на своєму	
4.	Мені неприємні самовпевнені люди	
5.	Зазвичай мені важко втриматися від зауваження на адресу озлобленої або знервованої людини	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: чи є у вас схильність переробляти та перевиховувати інших людей.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
1.	Я маю звичку повчати оточуючих	
2.	Невиховані люди обурюють мене	
3.	Я часто ловлю себе на тому, що намагаюся кого-небудь виховувати	
4.	Я маю звичку постійно робити кому-небудь зауваження	
5.	Я люблю командувати близькими	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: якою мірою ви схильні підганяти людей під себе, робити їх зручними.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
--	----------------------------------	--------------------

1.	Мене дратують літні люди, коли вони в годину пік з'являються в міському транспорті або в магазинах	
2.	Жити в номері готелю зі сторонньою людиною для мене просто катування	
3.	Коли партнер не погоджується в чомусь з моєю правильною позицією, то, як правило, це дратує мене	
4.	Я виявляю нетерпіння, коли мені заперечують	
5.	Мене дратує, якщо партнер робить щось по-своєму, не так, як мені того хочеться	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: які ваші адаптаційні здібності у взаємодії з людьми.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
1.	Зазвичай мені важко йти на поступки іншим	
2.	Мені важко ладити з людьми, у яких поганий характер	
3.	Зазвичай я з труднощами пристосовуюся до нових партнерів у спільній роботі	
4.	Я уникаю підтримувати відносини з трохи дивними людьми	
5.	Зазвичай я принципово наполягаю на своєму, навіть якщо розумію, що партнер правий	
	УСЬОГО	

Обробка та інтерпретація даних.

Отже, ви ознайомилися з деякими поведінковими ознаками, що свідчать про низький рівень загальної комунікативної толерантності. Підрахуйте суму балів, отриманих вами по всіх ознаках, і зробіть висновок: чим більше балів, тим нижчий рівень комунікативної толерантності.