



## The problem of communication in the "doctor - patient" dyad of cardiology clinic

A.N. Kushnierova

ORCID 0000-0001-5109-4818

G.S. Kostyuk Institute of Psychology of NAPS of Ukraine

### Article info

Kushnierova, A.N. (2021). The problem of communication in the "doctor - patient" dyad of cardiology clinic. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 43 (1), 26-30.

Accepted 23.02.2021

Senior Researcher,  
G.S. Kostyuk Institute of  
Psychology of NAPS of  
Ukraine

The article reveals the problem of studying communication tasks in the "doctor - patient" dyad of the cardiological profile. It is emphasized that if we consider the aspects of the relationship between a doctor and a patient from the point of view of medical orientation and practical style, then we can distinguish different styles of interaction between a doctor and a patient. The article reveals models of communication between doctor and patient. The problem of communication in the "doctor - patient" system is presented in different ways in domestic and foreign literature.

**Keywords:** communication; cardiologist; patient; interaction model; communication tasks.

## Завдання комунікації в діаді «лікар - пацієнт» кардіологічного профілю

A.M. Кушнерьова

старший науковий співробітник Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України

Кушнерьова, А.М. (2021). Завдання комунікації в діаді «лікар - пацієнт» кардіологічного профілю. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 43 (1), 26-30.

У статті розкривається проблема дослідження завдань комунікації в діаді «лікар - пацієнт» кардіологічного профілю. Наголошується на тому, якщо розглядати аспекти взаємини лікаря і пацієнта з точки зору лікарської орієнтації і практичного стилю, то можна виокремити різні стилі взаємодії лікаря з хворим. У статті розкриваються моделі комунікації лікаря і пацієнта. Завдання комунікації в системі «лікар - пацієнт» по-різному представлено у вітчизняній і зарубіжній літературі.

**Ключові слова:** комунікація; кардіолог; пацієнт; модель взаємодії; завдання комунікації.

### Вступ

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 взаємин лікаря і пацієнта дозволить використовувати в терапевтичному процесі не тільки медичні засоби, але й психологічні способи впливу. Актуальність даної тематики визначається і тим, що навчання лікарів не може зводитися тільки до традиційних форм і пасивного засвоєння знань. В

**Volume 43, Number 1, 2021**

навчання і підготовку лікарів повинні активно впроваджуватися нові методи, в тому числі досягнення практичної психології.

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

Медицина психологія відкриває нові підходи в царині дослідження ресурсів медичної діяльності, а саме у сфері спілкування лікаря і пацієнта кардіологічного профілю, які залишаються мало вивченими.

Аналіз досліджень і публікацій.

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 [1].

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 [3]. 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» [8]. 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) [8].

В. Семиченко наголошує на поліфункціональності та багатогранності процесу спілкування, визначаючи такі його функції як контактну, інформаційну, спонукальну, координаційну, пізнавальну, емотивну, встановлення відносин, впливову. На думку В. Семиченко [9], у процесі реалізації таких функцій, досягається поставлена мета та виробляються критерії ставлення до інших людей.

Р. J. Botelho підкреслює, що знання різних моделей взаємини лікар - пацієнт розширює діапазон тактик медичного працівника з урахуванням особистісних особливостей хворого. В межах діалогу лікаря рекомендується виконувати модель «чотирьох Е» (four Es): залучити в діалог (engage), співчувати (empathize), створювати (educate), зацікавлювати в лікуванні (enlist) [13].

Найважливішою складовою професійної комунікації лікаря є опора на певний тип мовної культури і творче використання в ній системних можливостей мови [2].

Г Ю. Айзенк в лекції, яку він читав в 1993 р в Першому МГМУ ім. І М. Сеченова, розповідав про результати своїх лонгitudних досліджень: людина, схильна до ІХС є чуттєвою до стресових ситуацій, зазвичай реагує на них спалахами люті, агресії.

Група американських фахівців прийшла 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» наведеної 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).

### **Мета дослідження**

Мета статті полягає у висвітленні підсумків теоретичного дослідження проблеми завдань комунікації в діаді «лікар - пацієнт» кардіологічного профілю.

### **Виклад матеріалу дослідження**

Дослідникам Мейеру Фрідману і Рею Розенману вдалось встановити, що притаманні людині поведінкові патерни можуть внести істотний внесок в розвиток серйозних захворювань. Встановлено, що поведінка пацієнтів з серцевою недостатністю відрізняється від поведінки здорових людей. Два кардіолога розробили модель або набір характеристик для визначення моделі поведінки, яка, на їхню думку, пов'язана з підвищеним рівнем холестерину та з коронарною недостатністю (далі КН). Ця модель, названа моделлю А, включала 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 в різних заходах, в яких існує «ліміт часу»;
- виняткова розумова і 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 суперництва. 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 було по 83 особи, середній вік в групі А - 45 років, в групі Б - 43 роки. Всім досліджуванам запропонували кілька тестів відповідно до мети дослідження та просили записувати протягом тижня в свій щоденник все, що вони їли і пили. У кожного був узятий аналіз крові для вимірювання рівня холестерину і часу його згорання.

Випадки виникнення проблем в 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 в 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 в двох групах (в групі А таких 28%, а в групі Б - 4%). Автори зробили висновок, що поведінкова модель в групі А стала головною причиною КН і пов'язаних з нею порушень кровотоку.

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

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, в яких проявляються особливості особистості.

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.

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. 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 [5].

В іноземній літературі виділяються чотири типи взаємодії лікаря і пацієнта:

- патерналістська взаємодія,
- співпраця,
- споживчий взаємозв'язок,
- дефолт (a relationship of default).

Всі 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 [14]:

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 Гіпократата 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. 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 загрози появи розумово відсталі 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 охорону 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 [4].

Спеціаліст повинен мати мотивацію міжособистісної взаємодії з пацієнтом, 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, лікар має ухилитися від нього. Якості, які характеризують цей компонент, це емпатія, афіліація, емоційна стійкість (стабільність), емоційна чутливість тощо.

В англійській 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. 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).

В іноземній літературі описані моделі комунікації первинної медичної допомоги. З'ясовано, що існує п'ять таких моделей [11]:

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%.

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.

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 [7].

#### Функції спілкування в діаді «лікар - пацієнт»

Функції	Шляхи реалізації функцій
Контактна	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
Інформаційна	Обмін необхідною інформацією між лікарем, медичним персоналом і пацієнтом тощо
Спокувальна	Заохочення пацієнта або ж самого себе до виконання певних дій, що є важливими у лікувальній справі
Координаційна	Взаємне орієнтування й узгодження дій, коли йдеться про спільну діяльність медичних працівників
Пізнавальна	Адекватне сприйняття і розуміння сенсу повідомлення, а також взаємне розуміння між лікарем та пацієнтом (намірів,
Емотивна	Стимулювання у пацієнта необхідних емоційних переживань чи їхньої зміни за допомогою власного емоційного стану
Встановлення відносин	Усвідомлення й фіксування лікарем своєї ролі в системі професійно-ділових, міжособистісних зв'язків
Впливова	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».

Завдання комунікації в системі «лікар - пацієнт» порізноmu представлено у вітчизняній і зарубіжній літературі. У літературі виділяються наступні завдання комунікації в процесі взаємодії лікаря

- хворий: інформаційна функція, спосіб подолання самотності, виклик про допомогу.

Сучасний лікар, концентруючи увагу на соціально-біологічній природі людини, його когнітивно-комунікативному потенціалі і, відповідно, на особливостях змін в 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 в нашому почутті) [6].

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 [6].

Адже, залежно від соціальних і когнітивних установок спектр особистісних реакцій на хворобу величезний: від повного її ігнорування до відходу в хворобу. З'ясовано, що розуміння самої ситуації комунікації лікаря і пацієнта різноманітне. 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 [10]. Але це все можливо лише при адекватній комунікації лікаря і пацієнта, що діють в атмосфері відкритості, взаєморозуміння та взаємодопомоги.

#### Висновки

У статті розкривається проблема дослідження завдань комунікації в діаді «лікар - пацієнт» кардіологічного профілю. Теоретично з'ясовано, що різноманітність моделей комунікації лікаря 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 медичного працівника з пацієнтом грають правові та нормативні аспекти. Нечисленні джерела вітчизняної літератури підкреслюють діадичний характер спілкування лікаря і пацієнта, тим самим відбиваючи спрямованість досліджень на пошук шляхів адекватних і ефективних психологічних способів комунікації медичного працівника та пацієнта кардіологічного профілю.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо у осмисленні проблеми психологічного впливу у взаємодії «лікар-пацієнт» кардіологічного профілю.

**Література / References:**

1. Aksenova, H. & Belyi, V. (2011). *Kultura rechy molodoho vracha : ucheb.-metod. posob. [The culture of speech of a young doctor: study guide. manual]*. Mynsk : BHMU. [in Russian].
2. Barsukova, M & Kochetkova, T. (2009). Medytsynskiy diskurs: praktyka rechevoho obshchennia. *Medytsyna v systeme sprovodnykh sotsyalnykh praktyk. [Medicine in the system of modern social practices.]*. Saratov: Yzd-vo Sarat. hos. med. un-ta. P. 220-248.
3. Vasylyk, M. & Vershyn, V. (2003). *Osnovy teoryi komunikatsiy. [Basics of communication theory]*. Moskva. : Hardaryky. [in Russian].
4. Efymenko, S. (2007). Potrebytely medytsynskikh usluh v biudzhethnykh orhanyzatsiyakh y ykh samootsenka zdorovi [Consumers of medical services in budgetary organizations and their self-assessment of health]. *Sotsyolohycheskye yssledovaniya*, 9, 110-114.
5. Korshunov, N. & Yaltseva, N. (1995). Nekotorye voprosy vzaymootnosheni v dyade «vrach- patsyent» [Some questions of the relationship in the "doctor-patient" dyad]. *Novosti medytsyny*, 1, 51-53.
6. Lokk, Dzh. (1983). *Opyt o chelovecheskom razume [An experience about the human mind]*. Moskva: Smysl. [in Russian].
7. Nazar, P.S., Videnskiy, Yu.H., & Hrando, A. (2002). *Osnovy medychnoi etyky [Fundamentals of medical ethics]*. Kyiv: Zdorovia. [in Ukrainian].
8. Orlova, N. (2007). Komunikatyvno-funktsionalnyi pidkhid do vyvchennia profesiinoi movy zhurnalistyky [Communicative and functional approach to the study of professional language of journalism]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu. Seriya : Linhvistyka*, 5, 298-301. [in Ukrainian].
9. Semychenko, V.A. (2001). *Teoretychni ta metodychni osnovy profesiinoho samovykhovanniia studentiv vuzu : navch.-metod. posib. [Theoretical and methodical bases of professional self-education of university students: teaching method, manual]*. Khmelnytskyi : KhHPI. [in Ukrainian].
10. Sobchuk, L.N. (1990). *Model dereva osobystosti. [Personality tree model]* Moskva. [in Ukrainian].
11. Bemzweig, J., Takayama, J., Phibbs, C., Lewis, C., & Pantell R. (1997). Gender differences in physician-patient communication. Evidence from pediatric visits. *Source Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 151(6):586-91, Jun. Institution Department of Pediatrics, University of California, San Francisco, USA.
12. Matusitz, J. (2014). Effective doctor-patient communication: An updated examination. *Soc Work Public Health*, 29(3), 252-266.
13. Steptoe, A., Sutcliffe, I., Allen, B., & Coombes, C. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. *Soc Sci Med*, 32(6), 627.
14. Veatch, R.M. (2010). Modells for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *The Hastings Center Report*, Vol. 2., no. 3, 5-7.

Society for the Support of Publishing Initiatives and Scientific Mobility Limited

272 Bath Street, Glasgow, G2 4JR Scotland, UK  
office@sceintificassociation.co.uk