##### Поведінка медпрацівника з хворими

Міжособистісні стосунки між лікарем та хворим будуються за принципом практичної взаємодовіри, адже довіра як морально-психологічна категорія визначає ставлення як до дій іншої особи, так і до себе самої, ґрунтується на переконанні, що діє ця особа правильно, їй притаманні сумління і чесність. Довіра є обов'язковим компонентом у діяльності будь-якої соціальної групи, в якій люди спілкуються і мають тимчасові чи постійні цілі. Такими цілями у взаємовідносинах лікаря та хворого є успіхи у лікувальному процесі.

Але щоб завоювати довіру пацієнта, лікарю недостатньо бути просто фахівцем, потрібно вміти розуміти психологічний стан хворого і знаходити відповідний підхід до нього. Одначе це вдається не завжди: в одних випадках, і вони переважають, лікар може завоювати довіру хворого з першого знайомства, а в інших — ніколи. Відомо, що під час перших контактів лікаря з хворим виникає інтерференція знання лікаря і незнання або напівзнання хворого. Тому кожна розмова лікаря з хворим має включати в себе елементи медичної освіти і перш за все відомості про характер захворювання, обґрунтування плану лікування та передбачення його наслідків.

Протягом усієї історії медицини провідною у відносинах між лікарем і хворим була й залишається довіра, яка раніше передбачала повне право лікаря приймати рішення, а тепер орієнтується на творчу співпрацю, де мають місце сумніви щодо результатів лікування й прогнозу, а також правдиві відомості про серйозність самої хвороби. Все це становить сучасний медичний підхід до проблеми взаємовідносин лікаря і хворого.

Що більше ці стосунки ґрунтуються на довірі, то повніше вони виконують роль емоційного захисту, здатні відгукнутися співчуттям й співпереживанням, то вища їхня моральна цінність. Така "відкритість" відносин між лікарем і хворим дає змогу розв'язати найрізноманітніші проблеми — від діагностичного пошуку до найінтимніших питань.

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

У повсякденній діяльності лікаря часто виникають конфлікти утилітарної етики, яка вчить ураховувати лише наслідки лікарської діяльності, та деонтологічної етики, згідно з якою треба орієнтуватися не на наслідки, а на загальновизнані етичні принципи: чесність, вірність обов'язку, "клятві Гіппократа", дотримуватися прав людини тощо.

Важливою етичною проблемою є співвідношення свободи пацієнта і опіки над ним лікаря. Ця опіка позначається терміном "патерналізм", який може бути справжнім (наприклад, у разі непритомності хворого) або солітарним, коли пацієнт повністю довіряє лікарю і твердо переконаний, що той зробить усе для його видужання. Проте найчастіше зустрічається несолітарний патерналізм, який вимагає від лікаря великого такту для спрямування волі пацієнта на шлях видужання.

Усе розмаїття підходів до співробітництва лікаря та хворого складається із чотирьох головних компонентів: а) підтримки; б) розуміння; в) поваги; г) співчуття.

**Підтримка** — одна із найважливіших умов правильних взаємин лікаря і хворого. Підтримка у цьому випадку означає прагнення лікаря бути корисним для хворого. Одначе це не означає, що лікар повинен взяти на себе всю відповідальність за стан здоров'я і настрій хворого. Тут повинні допомагати й сім'я та близькі друзі хворого. Однак головні ресурси, вірогідно, приховані у самому хворому, їхнє повне розкриття й використання стане можливим, якщо хворий усвідомить: лікар прагне допомогти, а не намагається примусити. Таким чином, лікар відповідає за моральну підтримку хворого, тобто активізує роль хворого у лікувальному процесі.

Ефективність плацебо насамперед залежить від самого бажання хворого одужати і, нарешті, від його впевненості в успіху. Згода хворого на активну участь у лікувальному процесі провіщає сприятливий результат.

**Розуміння** хворого з боку лікаря — це підґрунтя, на якому закріплюється довіра, адже хворий переконується, що його скарги зафіксовані у свідомості лікаря і він їх активно осмислює. Розуміння може бути виражене і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо. Тон та інтонація здатні демонструвати як порозуміння, так і відстороненість, незацікавленість. Якщо хворий переконується у нерозумінні і небажанні зрозуміти, то він автоматично перетворюється з помічника лікаря на його супротивника. Невиконання лікарських рекомендацій (і, як наслідок цього — відсутність ефекту від лікування) може бути єдиною ознакою того, що хворий не впевнений у зацікавленості лікаря його конкретним випадком, у бажанні лікаря вникнути в ситуацію і розібратися професійно. Взаємини лікаря і хворого заходять у безвихідь.

**Повага** передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривог. Ідеться не тільки про згоду вислухати людину, головне — продемонструвати, що її слова є вагомими для лікаря: необхідно визнати значущість подій, які мали місце в житті хворого, і особливо тих, що становлять інтерес з погляду лікаря-професіонала.

Щоб продемонструвати повагу, необхідно ознайомитися з умовами життя хворого якомога ґрунтовніше, щоб спілкуватися з ним як з особистістю, а не лише як із носієм певної хвороби. Вже сам час, витрачений па з'ясування особистісних обставин життя хворого, засвідчує повагу до нього лікаря. Часто все, що вимагається від лікаря, — це активно проявити зацікавленість. Важливі прості речі, приміром, швидко запам'ятати ім'я і прізвище хворого. Невербальне спілкування здатне як закріпити довіру до лікаря, так і зруйнувати її. Якщо дивитися хворому в очі і сидіти поряд з ним, то він відчує, що його поважають. Постійно переривати розмову з хворим або самому вести у його присутності сторонні розмови — означає продемонструвати неповагу до нього.

Доцільно буває похвалити хворого за терпіння, за скрупульозне виконання ваших призначень. Якщо хворий показав вам результати своїх аналізів, рентгенограми тощо, покажіть, наскільки корисною виявилася ця інформація, тоді у такий спосіб виникне позитивний зворотний зв'язок.

Однією з найнебезпечніших і деструктивних звичок лікаря є здатність до принизливих щодо своїх пацієнтів зауважень. Хворий, який випадково почув, як лікар насміхається з нього у колі друзів, мабуть, ніколи цього не забуде і не пробачить. Аналогічна ситуація може виникнути під час збирання анамнезу, коли лікар постійно робить зауваження з приводу неточних висловлювань (формулювань) хворого, супроводжує зауваження відповідною незадоволеною мімікою обличчя, "нервовими" рухами рук.

**Співчуття** — ключ до співпраці між лікарем та хворим. Необхідно вміти поставити себе на місце хворого, подивитися на світ його очима. Співчуття — це певною мірою своєрідна екранізація (поглинання) почуттів іншого на свою духовну сферу. Співчувати — значить відчувати іншого всім своїм єством. Співчуття починається з факту нашої присутності, інколи мовчазної, з очікування, коли хворий заговорить.

Лікар повинен терпляче слухати хворого, навіть коли він повторюється, давати можливість обговорювати причини і наслідки хвороби, його майбутнє. Співчуття можна висловити досить просто, поклавши руку на плече хворого, що створює певний позитивно-емоційний настрій, на якому можна будувати взаємодовіру. Одначе таке ставлення до хворого зовсім не означає "панібратства" або "вседозволеності". Певна "дистанція" (непомітна для хворого) між лікарем та хворим повинна завжди витримуватися, що на певному часовому відрізку взаємин (коли хворий забажає використати добрі стосунки з лікарем у своїх недобропорядних цілях) буде гарантувати лікарю збереження свого авторитету й гідності та створюватиме сприятливі умови для "відступу" і надійної "оборонної позиції".

Технічний прогрес дещо руйнує хороші взаємини між лікарем та хворим. І коли лікар повністю дозволяє машині (навіть найдосконалішій!) стати між собою і хворим, він ризикує залишити хворого без свого сильного" одужувального впливу".

Налагоджені стосунки лікаря і хворого не тільки цілющі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних процедур. Наприклад, від цих взаємовідносин часто залежить дисциплінованість хворого, тобто готовність виконувати лікарські рекомендації. Бажання співпрацювати зі своїм лікарем створює своєрідну платформу для бажання хворого змінити спосіб життя.

Клінічна практика переконливо довела, що у переважній більшості випадків встановлюються добрі взаємовідносини лікаря і хворого, адже самі хворі прагнуть до плідної співпраці з лікарем. Одначе зустрічаються й такі випадки, коли хворі або свідомо, або підсвідоме не бажають такої співпраці, а лікарю, з огляду на його професійні обов'язки, необхідно все ж таки віднайти "спільну мову" з категоричними хворими.

Перша категорія — це хворі, які не хочуть співпрацювати з лікарем. Впізнати такого хворого, який скептично настроєний стосовно лікарів і медицини в цілому, зовсім не важко, але уникнути його негативної або оборонної реакції значно складніше. Це добре знають студенти-медики і лікарі швидкої медичної допомоги: у перших хворі вбачають себе у ролі "піддослідного кролика", а у других — у ролі "футбольного м'яча", який бажають "відфутболити" до будь-якого лікувального закладу, аби позбавити себе зайвого "головного болю" від їхніх численних скарг і нарікань.

І перші, і Другі змушені вислуховувати від хворих такі "крилаті" вислови, як: "Не люблю я ходити до лікарів", "Відліків — одна шкода", "Я лікарям не вірю".

Друга категорія — це хворі, які мають далекі від лікування цілі. Цих хворих важко розпізнати, адже вони, на відміну від перших, уміють створювати хибне враження про плідну співпрацю; мають цілком пристойний вигляд і нібито повністю довіряють лікарям. Одначе ця категорія хворих, хоч на перших порах і найбільше вихваляє своїх лікарів, постійно робить їм компліменти, частіше за інших вступає в конфліктні ситуації з лікарями. Існує два типи ситуацій, у яких хворі прагнуть до деструктивної взаємодії з лікарем.

Щодо обставин, за яких виникають різноманітні ситуації, то перший тип ситуацій — це випадки, коли хворий своїми словами і вчинками намагається схилити лікаря на свій бік до виступу проти членів своєї сім'ї.

У даній ситуації лікар стає зброєю, яку хворий намагається використати проти своїх близьких. Хворий може прямо попросити лікаря втрутитись у домашній конфлікт. Такі прохання слід розцінювати як сигнал, що передрікає небезпеку.

Другий тип ситуацій, у яких можливе зловживання довірою лікаря, — коли хвороба або нездоровий спосіб життя дають хворому певну користь. Іншими словами, хворобливий стан надає йому певну перевагу, і він намагається за будь-яких обставин підтримувати Цей стан.

Користь хворий може вбачати у підвищеній увазі до своєї персони з боку оточуючих, у меншій відповідальності за свої вчинки, в ухилянні від домашніх обов'язків, у деяких пільгах, передбачених законом. Хворому хочеться бути хворим, він уже ввійшов у цю роль, і тепер це потрібно довести або підтвердити офіційно. І тут він використовує всі ймовірні засоби, у тому числі й довірливі стосунки з лікарем.

Водночас згадані вище типи деструктивної взаємодії хворого з лікарем характеризується тим, що поведінка хворого мало змінюється з часом, отже, й лікар з часом часто переживає розчарування, відчуваючи власну безпорадність.

Нарешті, ще один досить рідкісний тип людей, не здатних до плідної співпраці з лікарем, їх можна назвати конфліктними пацієнтами, їм усе не до вподоби: і порядки в лікарні, і харчування, і лікування, І нарешті, самі лікарі. В усьому вони вбачають порушення існуючого законодавства. А тому стають постійними кореспондентами різних відомств та міністерств, у тому числі правоохоронних (міліція, прокуратура, суди тощо). Починаються перевірки, надходять судові позови і т. ін. Усе це призводить до психоемоційної напруги, колосального витрачання часу на перевірки різними авторитетними комісіями тощо. І нарешті, якщо такі процеси затягуються, лікар втрачає спокій, "рівновагу" і навіть репутацію. Хворі ж продовжують "успішно боротися", затягуючи у свої "тенета" все нові й нові "жертви".

Цікаво, що такі хворі переважно не важкі у медичному плані. У більшості з них мають місце функціональні розлади (невроциркуляторна дистонія, дискінезії внутрішніх органів і т. ін.). Такого типу хворих слід відрізняти від тяжкохворих, які покладають на медицину нереалістичні надії І неодмінно відчувають глибоке розчарування, коли стикаються з досить скромними результатами лікування.

Таких хворих часто по-людськи можна зрозуміти І їм поспівчувати. Але й тут виникають подібні проблеми — скарги, нарікання тощо. Вихід для лікаря лише один-єдиний — добросовісно виконувати свої професійні обов'язки, робити все можливе, щоб зменшити страждання хворих. І адміністративні перевірки не будуть приносити неприємностей, коли лікар чітко оформив медичну документацію.

Існує ще категорія хворих, з якими просто важко, їх умовно поділяють на такі типи: наполегливо-вимогливі, нав'язливі та хронічно невдоволені.

**Наполегливо вимогливі** вміють обґрунтувати свої найабсурдніші вимоги. **В'язкі** користуються медичною допомогою настільки інтенсивно, що викликають роздратування й досаду. **Хронічно невдоволені** доводять лікарів до розпачу своїми повідомленнями про неефективність використаного лікування. Важливо не сплутати наведені вище типи хворих Із зовсім іншими категоріями "важких" хворих, яким дійсно важко встановити діагноз через атиповий перебіг хвороби.

Незважаючи на те що згаданий вище тип хворих зустрічається рідко, сила їхнього впливу на лікаря може бути неадекватною, якщо він не вміє правильно поводити себе з ними. Наполегливі, нав'язливі або вічно невдоволені люди здебільшого викликають негативні емоції не тільки у лікарів, але й у всіх оточуючих.

Розглянуті вище довірливі стосунки з хворими безсумнівно відіграють суттєву роль у лікувально-діагностичному процесі. Одначе у деяких випадках ці стосунки заважають лікарям об'єктивно оцінити ситуацію і правильно зрозуміти події. Через високий ступінь довіри до хворого можна не помітити наркоманію, медикаментозну залежність або той факт, що хворий ще лікується у іншого лікаря і виконує всі його рекомендації, які водночас суперечать вашим. І все ж таки здатність встановлювати і підтримувати довірчі стосунки — часто найголовніша властивість лікаря, яка спонукає людей звертатися до нього по допомогу.

А як же бути із сумнівами, що постійно виникають як у лікарів, так і у хворих? Ділитися сумнівами нелегко. Хворі можуть вимагати від лікаря повної ясності, сподіваючись перекласти на нього відповідальність як за прийняття рішення, так і за кінцевий результат. Лікарі також не завжди із задоволенням розповідають хворим про свої сумніви, надаючи перевагу традиційному методу — заперечувати невизначеність і претендувати на знання істини в останній інстанції. Або ж навпаки, невизначеність може пригнічувати лікарів настільки, що вони відмовляються від чітких рекомендацій або зовсім їх не дають, перекладаючи прийняття рішення і всю відповідальність за результати лікування на плечі хворого.

Відтак, як писав свого часу Ослер: "Медицина — це наука про невизначеність і мистецтво ймовірності".

Імовірність правди водночас означає і ймовірність помилки. Сучасні лікарі все більше починають розуміти, що невизначеність с невід'ємною частиною їхньої діяльності. Невизначеність можна виміряти, зменшити, схарактеризувати, але неможливо її позбутися. Згідно з давньокитайського мудрістю, "сумніватися незручно, бути впевненим — смішно". Першочергове завдання сучасних лікарів — навчитися визнавати існування невизначеності й примиритися з нею. Головне тут — вміти правильно поділитися сумнівами з хворим, щоб не викликати у нього страху та недовіри. У наш час, коли лікарі приймають рішення разом із хворими, вони повинні також: ділитися своїми сумнівами.

Невизначеність — один із неприємних аспектів нашого життя. Ні лікарів, ні хворих не захоплює думка про необхідність з нею миритися І ділитися сумнівами з іншими. Ось звідки спроби лікарів справитися з невизначеністю засобами, які дають зворотний результат і часто призводять до лікарських помилок.

Однією з них є надмірне обстеження. Лікарі бажають впоратися з власною невпевненістю та виправдати свої сумніви шляхом призначення все нових та нових діагностичних тестів, кожен з яких мав бипрояснити ситуацію. Оскільки повна ясність у принципі не буває можливою, теоретично можна виправдати безліч таких уточнень.

Іншою помилкою лікаря може стати надумана ясність, що є результатом маскування невизначеності І тим самим замовчування факту її існування. У цьому випадку лікар використовує надумані діагностичні терміни й схеми лікування, часом така надуманість стає корисною, особливо коли необхідно "перестрахуватися", наприклад, у випадках зараження небезпечною венеричною хворобою. Одначе в інших випадках така штучна визначеність може завести в безвихідь. Прикладом цього можуть бути такі невизначені терміни, як "вірусна інфекція", "криптогенний сепсис", які не дозволяють ні визначитися з прогнозом, ні призначити необхідне лікування.

А тому у деяких випадках необхідно поділитися з хворим своїми сумнівами, але такими сумнівами, котрі б не паралізували волю до дії. Адже спрямовуючи свій потужний моральний потенціал на духовну сферу хворої людини, сам лікар стає ефективним засобом для відновлення, підтримки її духовних і фізичних сил. Поділитися сумнівами зовсім не означає передати іншому свій страх. Парадоксальним чином розподілу відповідальності й сумнівів сприяє співчуття, а не протидія нереалістичному прагненню хворого до повної ясності.

Перш ніж призначати хворому лікування, потрібно запитати себе: "А чи зміг би я собі призначати таке лікування у разі схожого захворювання?" І коли отримаєте позитивну відповідь, тоді з полегшенням можете призначати лікування.

На превеликий жаль, медичні навчальні заклади не давали та й не дають знань із найвизначніших питань медичної етики. Адже відомо, що у такій тонкій сфері людської діяльності, як медицина, можна притягти до відповідальності за певні моральні вчинки лише в тому разі, коли сам звинувачений знає про їхнє існування. А для цього спочатку потрібно спробувати його навчити, що дозволяється говорити у присутності хворого, а що ні. Тут, можливо, справа навіть не у знаннях, а в людяності й порядності. Ось два приклади. Заходить у палату тяжкохворого лікаря професор із супроводом — лікарів-ординаторів, завідувача відділення, студентів. Формально запитавши про самопочуття хворого, він у присутності колег вдасться до розгляду питань щодо віддаленого прогнозу захворювання, можливих ускладнень тощо. Уявіть собі, який душевний біль такими, з дозволу сказати, умовиводами наносить він своєму колезі? І чи має вже тут якесь значення його професійна підготовленість, коли елементарна професійна культура відсутня? Чи можуть йому стати у пригоді знання з медичної етики? Напевно, ні. Інший (протилежний) випадок: під час вечірньої зміни у цю саму палату заходить молодша медична сестра (санітарка), проста сільська жінка, і вже з порога разом з радісним привітанням наголошено заявляє, що хворий сьогодні виглядає значно краще, ніж учора. І хворому після таких слів дійсно стає краще. Ось де внутрішня культура, ось де еліксир здоров'я! І не потрібні їй знання з етики, бо в неї природний, воістину Божий, дар — уміння творити людям добро.

Лікар, який повідомляє хворому необхідну правду, повинен дати і надію.

Допомагати хворому дивитися правді у вічі, але не втрачати надії на краще — одне із найважчих і найважливіших завдань.

Погані новини повідомляти важко. Головне тут — визначитись, яку частину правди сказати хворому за одне відвідування. Зазвичай реакція й запитання хворих дають зрозуміти, яку правду вони хочуть почути. Й дають у малих дозах, хоча в деяких західних країнах намагаються з часом повідомити хворим усю правду.

Нарешті, звернімо увагу на такий момент: говорити правду вважається звичним для хворого стосовно лікаря і навпаки. Однак важливіше для лікаря — це сказати правду самому собі, тобто зізнатись у своїх недоліках і визначити свої можливості. Уміння встановлювати межі можливого й ефективно розподіляти свої сили дуже важливе для лікаря.

У клінічній медицині дедалі частіше зустрічаються ситуації, коли переконання лікаря і хворого не збігаються. Непримиримі суперечності виникають, наприклад, коли лікар відмовляється призначити лікування, котрого вимагає хворий, або коли хворий категорично відмовляється виконувати рекомендації лікаря. Лікар має повне право не призначати потенційно загрозливого лікувального методу, не виконати прохання призначити наркотики, припинити на прохання хворого обстеження навіть до встановлення клінічного діагнозу, Лікарі давно навчились уживатися з хворими, зважати на їхні поради. Тепер вчаться працювати з хворими, які не просто висловлюють прохання, але й видають накази. Якщо є вибір, то повинен обирати хворий, але часом лікар змушений категорично сказати "ні".

# Використана література

* *Блохин Н. Н.* Деонтология в онкологии. — М.: Медицина, 1977. — 71 с.
* *Грандо А. А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. — К.: Вища школа, 1988. — 188 с.
* *Лікує* слово. Проблеми медичної деонтології в художній літературі: Навч. посібник /Укладачі: Золотухін Г. О., Литвиненко Н. П., Жебка І. І. та ін. — К.: Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, 1999. — 264 с.
* *Макманов И. Я.* Врачебная деонтология: Учебное пособие. — Минск: Вьгшзйн, шк., 1998. — 157 с.