

Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта.

Азізе Асанова

Кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Олена Хаустова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Кожного дня лікар в своїй практичній діяльності зустрічається зі складними ситуаціями та спілкується з пацієнтами у різних емоційних та психологічних станах. В більшості випадків пацієнти змушені звертатись до лікаря, а не тому, що вони бажають цього. Іноді вони навіть небажано були приведені до лікарні членом своєї родини або другом. В даній оглядовій статті представлені типові рекомендації щодо взаємодії з пацієнтами в різних клінічних ситуаціях.

Актуальність

Кожний лікар в своїй практичній діяльності щоденно зустрічається з складними комунікативними ситуаціями, тому що спілкується з пацієнтами у різних психологічних станах, здебільшого негативно емоційно забарвлених. В більшості випадків звертання пацієнтів до лікаря є вимушеним, а не бажаним. Іноді вони навіть звертаються до лікаря після певного примусу з боку членів своєї родини або друзів, продовжуючи вагатися або заперечуючи доцільність такого звертання.

Треба пам'ятати, що всі наші пацієнти є особливими, кожен зі своїм величезним діапазоном психологічних та особистісних рис, а також поточним емоційним станом.

Ще до зустрічі з лікарем, пацієнт може буди під впливом стресу і перебувати на межі свого нормального емоційного стану. А перебування в медичному закладі додає пацієнту ще більше турбот і стресів через втрату, часу здоров'я та пов'язаних з цим витрат [1].

Щоб впоратись з емоціями пацієнта лікар потребує значних навичок професійного спілкування. Це необхідно для створення терапевтичного альянсу з пацієнтом та залучення його до ефективної співучасті в процесі лікування [2]. Лікар не може вирішити усіх проблем пацієнта, однак може і повинен з'ясувати, що його турбує фізично та психологічно та надати максимально ефективну допомогу. Отже, лікареві потрібно володіти не тільки професійними знаннями, але і майстерно використовувати професійні комунікативні навички [3]. Однак ця задача не є простою. Кожен з нас вже володіє певними навичками спілкування, які засвоїв в продовж свого життя [4]. І нажалі вони не завжди досконалі.

Навички спілкування є важливою частиною медичної освіти та життя лікаря в цілому. Отже майстерному спілкуванню необхідно вчитись [5]. Проведені дослідження доводять, що соціальна ефективність та здатність вирішувати інтерперсональні проблеми напряму залежить

від майстерності володіння комунікативними навичками [6].

Об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКИ) (Objective Structured Clinical Examination (OSCE)) - є сучасним клінічним екзаменом, що використовується для оцінки навичок та професіоналізму медичних фахівців у більшості розвинених країн світу. Метою іспиту є оцінка таких важливих компетентностей майбутнього лікаря як дотримання етичних норм, комунікація з пацієнтом, залучення пацієнта до лікувального процесу, медичні знання, клінічне обстеження, призначення та інтерпретація діагностичних тестів, призначення терапії, техніка виконання інвазивних та неінвазивних втручань і правильне заповнення медичної документації. Одним з важливих завдань OSCE є підготовка медичних фахівців до спілкування зі складними пацієнтами [7, 8]. Дуже важливо засвоїти конкретні техніки спілкування для вирішення важких ситуацій у спілкуванні з пацієнтами у реальному житті [9].

Є багато різних складних ситуацій у взаємодії лікаря і пацієнта. Складний пацієнт відчуває потужні емоції та демонструє поведінку, яка перешкоджає ефективній комунікації. Такі емоції та поведінка, як правило, викликають негативні почуття і у лікаря. Наприклад, розлючений пацієнт може дратувати лікаря настільки сильно, що це може призвести до конфлікту, уникнення контакту з пацієнтом, або відмови від лікування. Взаємодія з пацієнтом у складних ситуаціях почасти спричиняє невпевненість і навіть страх у лікаря, що може призводити до ухиляння від контакту з пацієнтом [10]. Крім того, такі негативні емоції пацієнта, як страх, сум, гнів можуть ускладнити надання медичної допомоги [11,12].

Нами представлені основні клінічні та міжособистісні підходи до вирішення цих складних ситуацій. Такі підходи сприяють ефективній медичній допомозі, а також позбавляють пацієнта та лікаря неприємних моментів у спілкуванні.

Варто пам'ятати, що пацієнти обов'язково емоційно та поведінково реагують на свої захворювання, тому лікарі повинні адекватно відповідати на ці реакції [13]. Більшість лікарів ефективно реагує на такі зміни інтуїтивно. Тим не менш, певні емоційні реакції або поведінка пацієнта часто перевершують очікування багатьох лікарів і іноді діапазон прийнятного реагування. Коли виникають такі неочікувані ситуації, лікарі розуміють, що вони мають справу зі складним пацієнтом. І дуже важливо пам'ятати в такий момент, що ти маєш праву з людиною, яка відчуває фізичне або психологічне страждання [14, 15].

Наприклад, дуже часто від лікарів лунають запитання до пацієнта: «Що трапилось?», або «Чому ви такий тривожний (розлючений, розгублений)?». Інколи це може бути корисним та ефективним, але не завжди. Доцільно не запитувати пацієнта про його емоційний стан, а використати ствердження. Наприклад: «Я бачу ви сумний (розлючений, тривожний)». Таким чином ми уникаємо конфронтації або нав'язливої поведінки пацієнта і демонструємо, що ми готові бачити і чути його. Попри зіткнення з важкою для комунікації ситуацією актуальним залишається необхідність зібрати клінічно важливу інформацію, навіть через подолання важких емоцій та поведінки пацієнта.

В процесі комунікації важливо приділити увагу подоланню емоційних реакцій пацієнта та вирішенню складних ситуацій у взаємодії лікаря і пацієнта. Дуже часто поведінка пацієнта відображає його емоційний стан. Отже, опрацювавши емоційні реакції, ми можемо опосередковано змінити і поведінку пацієнта, яка ймовірно заважала лікувальному процесу.

В подоланні складних ситуацій у взаємовідносинах між лікарем і пацієнтом є важливим використання наступних технік [16]:

1. Емпатичне ставлення
2. Нормалізація емоцій



3. Підтримка

4. Повага

5. Побудова партнерських відносин

Емпатичне ставлення - це здатність розпізнавати чужі емоційні реакції та вчасно повідомляти про ваше розуміння цих реакцій. Дуже важливо спілкуючись з пацієнтом звертати увагу на те, що каже пацієнт, як він промовляє, і що в той самий час каже мова його тіла. Ефективне спілкування вимагає від лікаря активного слухання. Активне та емпатичне слухання дає лікарю вчасно зрозуміти емоції пацієнта або відреагувати на їх зміну [17]. Наприклад: Розглянемо ситуацію лікаря, що бачить пацієнта, який страждає на підвищений артеріальний тиск. На питання про особисте життя хворий каже, що все добре. І все ж, щось в мові його тіла, можливо, ухильний погляд, турбує лікаря. У такий момент важливо сповільнитись саме на цьому етапі в клінічній бесіді та зібрати більше інформації.

Нормалізація емоцій. Як тільки лікар продемонстрував своє співчуття та розуміння емоцій пацієнта, часто корисно виразити почуття зрозумілості його емоції або певне підтвердження її нормальності. Наприклад: «Я бачу, що ви засмучені, і це нормально в вашій ситуації, адже кожен, хто перебуває в вашому поточному стані буде почуватися так само...».

Цей вираз розуміння та підтвердження нормальності емоції надзвичайно заспокоює пацієнта. Крім того такий підхід допомагає створити певну довіру і встановити достатній взаємозв'язок для розробки певної спільної стратегії з пацієнтом для подальшого лікування.

Підтримка. Лікарі, як правило, пропонують своїм пацієнтам емоційну підтримку за допомогою інтуїтивних навичок. Наприклад: «Я хочу, щоб ви знали, що, я зроблю все можливе, щоб допомогти вам у вирішенні вашої проблеми». Дуже важливо, щоб лікарі завжди пам'ятали про те, наскільки це є важливим для пацієнта.

Партнерство. Існує багато досліджень, які свідчать про те, що партнерські взаємовідносини між лікарем та пацієнтом більш ефективні, ніж авторитарні відносини [18]. Наприклад: «Ми будемо працювати разом, щоб подолати вашу проблему». Коли лікарі долучають пацієнтів до процесу прийняття рішень, пацієнти, як правило, більш задоволені, а також, швидше за все, дотримуються порад лікарів. «Отже я можу запропонувати вам декілька варіантів лікування вашого захворювання, але необхідно щоб ви визначили для себе більш прийнятний варіант».

Повага. Повага є основою добрих стосунків між лікарем і пацієнтом. Знову ж таки, деякі лікарі поважають своїх пацієнтів безумовно. Проте в складних ситуаціях лікарі не завжди про це пам'ятають. Лікар може відчувати гнів і роздратування і піддатись на ці емоції. Проте, важливо, щоб лікар усвідомив це та знайшов в собі сили для альтернативного опанування своїх негативних емоцій.

Отже як впоратись з емоціями пацієнта?

Загальні рекомендації:

1. Дайте зрозуміти пацієнту, що ви звернули увагу та розумієте його емоційний стан

Наприклад: *Ви виглядаєте дуже занепокоєним!*.

2. Назвіть можливі причини занепокоєння пацієнта.

Наприклад: *Це зрозуміло у вашій ситуації, ви просто багато дізнались сьогодні, ви стурбовані станом свого здоров'я.*



3. Запитайте пацієнта чи є щось інше, що змушує його сердитись або турбуватись.

Рекомендація: Ніколи не кажіть роздратованому або розлюченому пацієнту: «Я розумію вас!»

4. Не ображайте і не вступаєте у конфлікт із пацієнтом. Пам'ятайте, що потужні емоційні реакції можуть бути викликані фізичним або психологічним станом пацієнта.

5. Незважаючи на гнів пацієнта, будьте стриманим, використовуйте спокійну, збалансовану мову спілкування.

6. Не переривайте початок гніву. Дайте пацієнту можливість висловитись.

7. Спілкуйтесь з розчарованим та сумним пацієнтом в спокійній обстановці, бажано в тиші.

Як відповісти на вербальні та невербальні сигнали пацієнта?

1. Покажіть, що ви почули пацієнта за допомогою невербальних патернів поведінки (очного контакту, нахилів голови, вираза обличчя).

2. Виявіть співчуття (емпатію). Використовуйте емпатичні висловлювання.

Наприклад: «Я бачу, що ви засмучені», «Це нормально для людини в вашому стані»

3. Дослідіть зміст проблеми на яку пацієнт бурхливо реагує.

Наприклад: «Чи не будете ви проти, якщо я запитаю вас більше про це.....». «Якщо ви не бажаєте відповідати на це запитання зараз, ми можемо повернутись до нього пізніше»

4. Тільки відповідайте на запит пацієнта, спробуйте вирішити проблему. Не намагайтесь реагувати емоційно [19].

Типові складні ситуації у взаємодії лікаря і пацієнта

Злий, сердитий або вороже налаштований пацієнт

Характеристик а:

Напружений, борознисті брови, стиснуті кулаки, схрещені руки, обмежений подих.

Можливі причини:

1. Внутрішні - Психічні проблеми: особистісний (межовий) розлад, маніакальна, депресивна роздратованість, психотичні розлади.

2. Внутрішні - Фізичні проблеми: гострий або хронічний больовий синдром

2. Зовнішні проблеми.

Рекомендації до спілкування :

1. Коли ви побачите ці знаки, спробуйте розкрити джерело проблеми для пацієнта і зверніть увагу на те, як його емоції стосуються соматичного стану або лікувального процесу.

2. Не вступаєте в конфлікт! Замість цього визначте свої межі і зрозумійте, коли конфліктна ситуація з пацієнтом може вплинути на вас, оскільки це допоможе вам вчасно змінити вашу



реакцію на ситуацію і дозволить співпереживати пацієнту.

3. Що робити, коли пацієнт неприємний вам? Пам'ятайте, що ви маєте справу з людиною, яка може відчувати психічне або фізичне страждання.

4. Якщо ситуація вже «зацепила» вас використовуйте (про себе) рефлексивні висловлювання.

Наприклад: *«Я можу зрозуміти, чому я відчув ці емоції по відношенню до пацієнта, я просто людина, в мене теж є почуття...»*.

Наприклад: Пацієнт, який чекав на лікаря годину, в той час як лікар спізнився. Довге очікування може бути приводом до прояву злості. Пацієнт може сказати: *«Я не розумію, чому мені довелося чекати?»*.

Почуття обурення може викликати в вас таку саму реакцію, але просто зробіть глибокий подих і принесіть ваші вибачення за запізнення. Це буде більш конструктивним, ніж прояв вашої власної злості.

Наприклад фраза *«Я можу зрозуміти, чому ви засмучені, і я ціную те, що ви мене дочекались»* пом'якшить обурення пацієнта. Також необхідно попереджати персонал, щоб він інформував пацієнта про можливі запізнення в зв'язку з певними обставинами. В якості альтернативи можете запропонувати перенести візит.

5. Іноді за роздратованістю може ховатись депресія. Частіше це буває в пацієнтів, які страждають на хронічний больовий синдром.

Наприклад: *«Я бачу що ви роздратовані, але мені здається що за цим почуттям ховається сум. Ви можете злитись навіть на мене, але мені дуже хотілося б допомогти вам»*.

6. Якщо ви відчуваєте, що пацієнт боїться діагнозу або лікування, спонукайте його поговорити про це, і оцініть, чи є страх відповідним до ситуації. Це може допомогти встановити причину страху, та дозволить пацієнту більш конструктивно подолати його.

7. Звичайно, якщо в будь-який момент під час зустрічі з розлюченим пацієнтом ви відчуєте потенційну шкоду для себе або персоналу, звертайтеся за допомогою!

Тривожний пацієнт

Характеристика: Розгублений, знервований. Він може проявляти фізичні ознаки тривоги: (пітливість, тремтіння, промивки), швидко безконтрольно говорити; може здаватись, що він вимагає надмірної уваги від вас, особливо що стосується переконання. Або може здатися, що він вас не чує і не пам'ятає що ви говорите.

Можливі причини тривоги.

1. Це може бути його звичайна поведінка, це може бути тривожна особистість, або може страждати від тривожного розладу.

2. Це може бути його реакцією на хворобу і на отримання медичної допомоги. Більшість відчуває деяку ступінь тривоги у таких обставинах. Тривога завжди від того, що з нами може щось трапитись в майбутньому.

3. Стурбованість може бути пов'язана з іншими проблемами в житті пацієнта.



Якщо ви розумієте, що пацієнт хвилюється з приводу діагнозу або лікування, заохочуйте пацієнта до розмови про це, і оцініть, чи є цей страх відповідним ситуації. Це може допомогти встановити причину страху, і дозволить пацієнту подивитись на це більш конструктивно.

Рекомендації до спілкування:

1. Будьте спокійні і готові приділити час пацієнту.
2. Поясніть, що у більшості пацієнтів може виникати тривога і це нормально.
3. Якщо пацієнт говорить надто багато, намагайтесь керувати бесідою за допомогою закритих питань, а також підбивати підсумки того, що він вам сказав, пояснюючи, яка додаткова інформація ще вам потрібна і чому.

Наприклад: *«Я бачу на скільки важливою є для вас ця тема, але ми можемо повернутися до неї трохи пізніше».*

3. Будьте наполегливими на тому, що ви хочете від пацієнта під час, та після консультації.
4. Якщо пацієнт тисне на вас і хоче дізнатись причину його симптомів і шукає запевнення, поясніть це недостатньою кількістю інформації, і необхідністю уточнень.

Наприклад: *«Так, я розумію, що ви вже сьогодні хотіли б дізнатись про ваш діагноз, але нам необхідно дочекатись результатів досліджень».*

Іпохондричний пацієнт

Характеристика: Такий пацієнт може скаржитись на безліч хронічних захворювань з нечіткими або перебільшеними симптомами, а також часто страждати від супутньої тривоги, депресії і розладів особистості. Він часто звертається до багатьох лікарів, має історію багаторазової діагностики, та безліч лабораторних тестів.

Можливі причини: тип особистості, психотравмуючі ситуації, фактори середовища, інші захворювання.

Рекомендації:

1. Під час спілкування з іпохондричним пацієнтом висловлюйте співчуття і акцентуйте увагу на необхідності регулярних планових візитів до лікаря. Це допоможе зменшити стурбованість такого пацієнта.

Наприклад: *«Я помітив, що ви вже відвідали декількох лікарів і провели багато досліджень (тестів, аналізів), щоб спробувати розкрити причину ваших симптомів. Я визнаю, що симптоми є реально важкими для вас, але я вважаю, що ці тести вже відкинули будь-які серйозні медичні проблеми. В мене є інший метод лікування для вас, який вже допоміг іншим пацієнтам з такими симптомами як у вас. Я хотів би скласти з вами план, згідно з яким ми будемо бачитись кожні два-чотири тижні, досить часто, щоб побачити, чи щось справді нове відбувається в вашому стані. Якщо щось важливе буде розвиватись, ми зробимо додаткові тести. Наші зустрічі будуть достатньо частими для того, щоб ви були впевнені, що ми нічого не пропускаємо. І ми уникнемо незручних і дорогих тестів та процедур, якщо вони явно не потрібні».*

Пригнічений або сумний пацієнт.

Характеристика: Виглядає сумним, нещасливим, має мало модульовану міміку, не посміхається, може плакати, може демонструвати унікаючі поведінку та бути не зацікавленим у навколишньому.

Можливі причини суму: тяжка втрата, травма, психічне захворювання, вроджена або особистісна сором'язливість, реакція на хворобу, попередній негативний досвід лікування захворювання, очікування прихованої правди, страх наслідків захворювання.

Рекомендації:

1. Якщо пацієнт сумний та пригнічений, постарайтесь надати йому спочатку добрі новини.
2. Дайте пацієнту час подумати.
3. Якщо необхідно, підтримайте пацієнта (пацієнт може плакати і соромитись цього). Скажіть пацієнту, що плакати це нормально. Сльози полегшують душевний біль. Якщо пацієнт бажає, ви можете залишити його наодинці.
4. Повторюйте деякі запитання, які вже запитувались, це може допомогти зібрати більше інформації.
5. Надавайте, або прояснюйте небажану інформацію для пацієнта дозовано.

Наприклад: *«Я можу тільки здогадуватись що вас турбує, або я не можу нічого сказати остаточно стосовно вашого діагнозу, поки не матиму підтвердження...»*

6. Запитайте про причину смутку.

Наприклад: *«Чому ви пригнічені? З вами щось трапилось?», «Які думки вас турбують».*

7. Надайте можливість обирати.

Наприклад: *«Я б хотів, щоб на наступні запитання ви відповідали більш детально, але, якщо вам буде незручно, повідомте мені, ми перейдемо до наступних».*

8. При необхідності, запропонуйте пацієнту відвідувати групову терапію при «тяжкій втраті», «домашньому насильстві», «алкогольній залежності».
9. Допоможіть пацієнту зрозуміти, що горе - це процес, який залежить від часу та сприйняття. Заохочуйте до відкритого спілкування.

Розсіяний або неуважний пацієнт.

Характеристика: Такий пацієнт виділяється через велику частину «пустих» візитів до лікаря. Він може бути самотнім, залежним, надто боязким або збентеженим, щоб задавати питання, на які він дійсно хоче отримати відповідь. Він, також, може задавати велику кількість раціональних питань. Він багато турбується, або просто дезінформований і потребує уточнень.

Можливі причини: психічні та соматичні розлади.

Рекомендації:

1. Перший крок до продуктивної взаємодії - це визначити основні причини частих візитів. Почніть з того, що ви помітили характер частих візитів пацієнта.



Наприклад: *«Я бачу, що ви вже тричі на цьому тижні були на прийомі у лікаря, як я можу вам допомогти»*

2. Поясніть, що ви бачили інших пацієнтів, які планували часті візити з різних причин; включаючи занепокоєння щодо недиагностованих симптомів, потреби в запевненні що все буде добре, необхідності полегшення хронічного болю, або просто необхідності поговорити.

3. Запитайте чи будь-яка з цих причин турбує пацієнта, або є інші ідеї щодо причин частих візитів. Показуючи розуміння причин, які могли б викликати часті візити пацієнта, ви будете сприяти відкритому обговоренню проблеми.

4. Складіть з пацієнтом план регулярних, запланованих візитів. Надайте достатню кількість інформації.

Маніпулятивний пацієнт

Характеристика: Такий пацієнт часто грає на почуттях інших, загрожує гнівом, судовим позовом або навіть самогубством. Він, як правило, виявляє імпульсивну поведінку, спрямовану на отримання того, що він хоче, і часто буває важко відрізнити таку поведінку від межового розладу особистості.

Навіщо пацієнт маніпулює? Йому необхідні: лікарський час, лікарські старання, жалість або милосердя.

Піддаючись на маніпуляції пацієнта, лікар неправильно розподіляє робочий час та приділяє більше уваги маніпулятивному пацієнту.

Також лікар часто приймає неправильні рішення піддаючись вимогам пацієнта. Наприклад: ввести саме цей препарат, зробити МРТ саме зараз.

Рекомендації:

1. Головне правило в спілкуванні з маніпулятивним пацієнтом – це усвідомити свої власні емоції, і не піддатися на емоції пацієнта (він може бути насправді розумнішим, навіть якщо його дії говорять про протилежне). Чим краще ви знаєте свої слабкості, тим швидше усвідомлюєте, що вами маніпулюють. Іноді ви повинні сказати «ні»!

Наприклад:

Пацієнт: *«Призначте мені, будь ласка, препарат «Х»!»*

Лікар: *«Даний препарат дуже сильний, зараз він вам не потрібен».*

Пацієнт: *«Ні, дуже потрібен! Я без нього не можу! Терміново пропишіть мені його!»*

Лікар: *«Але на жаль я не можу цього зробити».*

Наприклад:

Пацієнт: *«Я знаю про свою хворобу більше, ніж будь-який лікар, я прочитав масу літератури, спробував багато препаратів, тому, я не знаю, чим ви мені ще можете допомогти».* Як вести себе з таким типом пацієнтів? Не варто конфрантувати з пацієнтом.

Лікар: *«Навіщо тоді ви прийшли до мене».* Найкраще спрацювати на випередження: *«Я бачу, ви людина дуже обізнана і досвідчена але ви все таки прийшли до мене, може я все таки*



спробую допомогти вам?»

2. Дуже добрим захистом від маніпулювання є виграш часу. Будь-який маніпулятор намагається позбавити вас часу на обдумування, тому найпростіший спосіб - це фрази *«мені потрібно подумати»* або *«а ви не могли б викласти своє прохання письмово?»*

Підозрілий пацієнт

Характеристика:

Основною рисою такого пацієнта є його постійна недоброзичливість і підозрілість під час спілкування. Він може постійно підозрювати вас в чомусь. Він може як приховувати так і висловлювати свої підозрілі думки.

Рекомендації:

1. Нагадайте пацієнту про конфіденційність, про яку ви вже говорили з ним на початку вашої бесіди, або під час знайомства.
2. Для того, щоб обеззброїти підозрілого пацієнта та знизити його емоційне напруження - вербалізуйте його підозри. Це може спонукати його до більш відвертого спілкування.

Наприклад: Коли лікар питає пацієнта про конфіденційну інформацію.

Лікар: *«Як ви думаєте, чому я задаю вам усі ці запитання?»* , або *«Що ви думаєте з цього приводу?»*

Пацієнт: *«Так мені дійсно цікаво, як ви будете викорчовувати цю інформацію».*

Лікар: *«Ви пам'ятаєте ми говорили з вами про конфіденційність усієї інформації, яку я почую? Отже це важливо для мене прояснити ці запитання. Ця інформація потрібна мені суто для того, щоб краще зрозуміти вас, та спробувати допомогти вам».*

Пацієнт: *«Всі лікарі так кажуть»* (Пацієнт може бути саркастичним).

Лікар: *«То ви вже чули таке? Тоді я розумію, чому ви так обережні в наданні інформації про себе...»*

Пацієнт: *«Можливо».*

Мовчазний або замкнутий пацієнт

Характеристика: Вразливий, важко висловлює свої внутрішні почуття. Може соромитись відповідати на особистісні запитання. Відповідає на запитання частіше односкладно *«Так», «ні», «не знаю»,* або взагалі мовчить.

Можливі причини :

1. Це може бути замкнена у собі особистість.
2. Це може бути проявом психічного захворювання
2. Це може бути реакцією на хворобу і на отримання медичної допомоги.



3. Причиною може бути не достатньо розвинена емоційна система пацієнта.

Рекомендації:

1. Виявляйте максимальну повагу та терпіння.
2. Доречно починати спілкування з абстрактних тем.

Наприклад: *«Що вам подобається? Може вам подобається музика?»*

3. Питання які можуть звернути пацієнта до розмови можуть стосуватись інтересів, друзів, дозвілля.

4. Якщо пацієнт часто відповідає на запитання «ні» або «не знаю». Як його залучити до діалогу?

Варіант 1: *«Якщо ви дійсно нічого не знаєте, це добре, але якщо ви не хочете мені нічого говорити це інша справа, тоді лише скажіть мені, Я не хочу з вами говорити».*

Варіант 2 Використовуйте не прямі запитання.

Запитайте пацієнта чи є в нього друг, знайомий або близька людина, яка може бути у біді або має проблему *«Чи є в вас друг, або знайома людина в якій є проблема? Як ви вважаєте що з ним коїться, що його турбує?»*. або *«Чи є в вас друг, сестра, брат то що? На кого був би схожий ваш друг..., як би мав такий самий настрій як у вас зараз?»*. Через такі запитання пацієнт може описати свою поведінку і свої відчуття. Таким чином ми можемо подолати захист пацієнта та залучити його до спілкування.

Балакучий пацієнт

Характеристика: Багатомовний, може перестрибувати з однієї теми на іншу, не може стисло відповідати на запитання.

Рекомендації:

1. Під час спілкування використовуйте більше закритих запитань або запитань які потребують конкретного вибору.

Наприклад:

Лікар: *«Яким був ваш настрій останнім часом?» (Відкрите запитання).*

Пацієнт: *«О, це залежало від того як я проводив свій час. Якщо я зустрічався з друзями настрій був добрий, якщо на мене очікувала купа завдань на роботі настрій пропадав, а ще моя мама, ви знаєте це дуже важко, коли вона починає тиснути на мене...і т.д.»*

Лікар: *«Все ж, хочу перепитати, яким був ваш настрій впродовж останніх двох тижнів? В більшості випадків піднесеним, пригніченим або дратівливим?» (Запитання з конкретним вибором відповідей).*

Пацієнт: *«Переважно піднесеним».*

Наприклад

Лікар: *«Як ви спите?» (Відкрите запитання).*



Пацієнт: *«По різному. Інколи погано засипаю. Залежить від того на скільки я втомився, а ще думки про минулий день не дають спокою. Іноді мені здається...».*

Лікар: *«О котрій годині ви зазвичай лягаєте спати? О котрій прокидаєтесь? Скільки годин спали минулу ніч? Чи прокидаєтесь в продовж ночі?».*(Закриті запитання)

2. Практикуйте делікатне переривання монологу пацієнта.

Наприклад: *«Я бачу, як важлива для вас ця проблема, але не могли б ми повернутися до неї трохи пізніше?».*

3. Періодично нагадуйте пацієнту про необхідність рухатись далі в процесі вашого спілкування.

Залежний (від члена родини або стосунків) пацієнт

Характеристика:

1. В залежних стосунках член сім'ї неохоче залишає пацієнта самотійно з лікарем.
2. Коли пацієнтові задають питання про його здоров'я, член сім'ї намагається першим відповісти на запитання, або пацієнт дивиться на члена сім'ї, перш ніж відповісти.
3. Пацієнт, який активно спілкувався під час попередніх візитів, не говорить у присутності члена сім'ї.
4. У пацієнта є ознаки, що вказують на фізичне насильство (наприклад, синці).

Рекомендації:

1. Намагайтесь говорити прямо з пацієнтом. Попросіть члена родини надати можливість пацієнту відповісти на питання.

Наприклад: *«Я розумію, що кожен з вас має свою думку стосовно..., але мені хотілося б почути думку кожного окремо».*

2. Після знайомства та декількох хвилин спілкування делікатно попросіть члена родини залишити вас з пацієнтом на одинці.

Наприклад: *«Мені дуже приємно з вами познайомитись. Але зараз я б хотів поговорити з...»* або *«Отже ви можете обрати з ким я буду говорити першим»*

3. Наголосіть про необхідність проведення фізичного огляду пацієнта без присутності родича, для того, щоб оцінити можливі ознаки фізичного насильства.

4. Якщо результати є позитивними для зловживань, лікар зобов'язаний повідомити про це в правоохоронні органи або соціальну службу, при можливості госпіталізувати пацієнта.

5. Запитайте пацієнта чи є щось, що загрожує його здоров'ю.

Наприклад: *«Чи є щось, чого б ви не хотіли, щоб я говорив вашому родичу? Якщо ви не проти, я розповім йому лише про...».*

6. Запитайте, чи є хтось інший, кого хотів би бачити пацієнт, або з ким можна зв'язатися замість присутнього члена сім'ї [20,21,22,23].



Отже, важливо вчасно визнати недоліки нашого професійного спілкування та бути готовими до змін. Таким чином ми зможемо краще зрозуміти наших пацієнтів, а іноді і самих себе [24]. Ми можемо навчитися та практикувати навички спілкування, щоб краще впоратись зі складними ситуаціями, які можуть траплятись в нашій повсякденній практиці. Нажаль, гнів, агресія, смуток і тривога є невід'ємними проявами будь-якого захворювання. І вчасне, ефективне реагування на емоційні стани пацієнта може покращити лікувальний процес [25].

Ефективність та якість нашої взаємодії з пацієнтом буде посилюватися, якщо ми будемо говорити з турботою та створимо добре враження. Іноді пацієнту не важливо те що ми знаємо про його хворобу, але завжди важливо розуміти, що його чують, йому співчують, про нього піклуються.

Посилання

1. Medinas-Amorós M, Montaño-Moreno JJ, Centeno-Flores MJ. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. *Multidiscip Respir Med.* 2012;7(1):51. DOI:<https://10.1186/2049-6958-7-51> PMID:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3541098/>
2. Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Gruber K. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Commun.* 2004; 16:363–84. PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15265756> DOI: https://10.1207/S15327027HC1603_6
3. Frank JR, Snell L, Sherbino J. *CanMEDS 2015 physician competency framework.* Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2015.
4. Emanuel RC. Do certain personality types have a particular communication style? *International journal of social science and humanities.* 2013;2(1). URL: <http://www.researchpub.org/journal/ijssh/ijssh.html>
5. Bialik M, Fadel C. Skills for the 21 st century: What should students learn? 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/318681750_Skills_for_the_21st_Century_What_Should_Students_Learn
6. Erozkan A. The effect of communication skills and interpersonal problem solving skills on social self-efficacy. *Educational Sciences: Theory & Practice.* 2013; 13(2), 739-745. URL: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1017303.pdf>
7. Hurley KF. *OSCE and clinical skills handbook.* - 2 nd ed. Elsevier. 2011. URL: <https://www.elsevier.com/books/osce-and-clinical-skills-handbook/hurley/978-1-926648-15-6>
8. Mukerji G. Communicating with patients and families about unnecessary tests and treatments. *Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Rating Scales.* The Royal Collage of Physitians and Surgions of Canada. 2017.
9. Ridd M. *Teachers and students handbook for consultation skills teaching.* University of Bristol Medical School Centre for academic primary care. 2013.
10. Pomm HA, Shahady E, Pomm RM. The calmer approach: teaching learners six steps to serenity when dealing with difficult patients. *For the Office-based Teacher of Family Medicine.* 2004; 467-9. URL: <https://www.stfm.org/fmhub/fm2004/July/Heidi467.pdf>
11. Patton CM. Conflict in Health Care: A Literature Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration.* 2014;9(1).URL: <http://ispub.com/IJHCA/9/1/20081>
12. Ramsay MAE. Conflict in the health care workplace. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2001;14(2): 138-139. PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1291328/>
13. Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med.* 2000; 172(2): 124-128. PMID <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070773/>
14. Reid J, Noble H. Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. *Healthcare (Basel).* 2016; 4(3): 56. DOI: <https://10.3390/healthcare4030056> PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5041057/>
15. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS. Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *J Clin Psychol.* 2011; 67(9): 942-968. DOI: <https://10.1002/jclp.20816> PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152687/>



16. Walker HK, Hall WD, Hurst JW. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3-rd edition. Boston: Butterworths; 1990. PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21250045>
17. Halpern J. What is Clinical Empathy? J Gen Intern Med. 2003; 18(8): p 670-674. DOI: <https://10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
PMID:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494899/>
18. Gordon T, Edwards W-S. Making the patient your partner. Communication skills for doctors and other caregivers. 1995. URL: https://pdfsecret.com/download/communication-skills-for-doctors-and-other-caregivers_5a3c0714d64ab2a613547b37_pdf
19. Dealing with strong emotions OSCE stop. http://oscestop.com/osce_communication.html
20. Carlat DJ. The psychiatric interview. Fourth edition. Wolters Kluwer. 2017.
21. Kwong T-Y, Kwong Q. Medical communication skills and law. Elsevier Ltd. 2009. URL: <https://www.bookdepository.com/Medical-Communication-Skills-Law-Made-Easy-Tsong-Kwong/9780702030833>
22. Hull SK, Boquet K. How to manage the difficult patient? American Academy of Family Physicians. 2007.
23. Brown J, Noble LM, Parageorgious A. Clinical communication in medicine. Willey Blackwell. 2016.
24. Cuff P-A, Vanselow N-A. Improving medical education. Institute of medicine. The national Academies Press. Washington. 2003.
25. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. Bayl Univ Med Cent. 2003; 16(2): 157-161. PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201002/>