

Юлія МЕДИНСЬКА

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології
Українського католицького університету,
член і засновник
ЛМГО «Львівський психоаналітичний
інститут ментального здоров'я»,
здобувач освітньої програми «Менеджмент», ЗУНУ
Науковий керівник – д.е.н., професор,
професор кафедри менеджменту,
публічного управління та персоналу ЗУНУ
Тетяна ЖЕЛЮК

МІЖСОБИСТІСНА ВЗАЄМОДІЯ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У серці кожного медичного закладу, за всіма протоколами, діагностичними алгоритмами та високотехнологічним обладнанням, пульсує те, що не можна виміряти апаратом чи стандартизувати формулою: людська взаємодія. Особливою й водночас найтоншою складовою цієї взаємодії є стосунок між лікарем і пацієнтом. Це не просто комунікація – це жива тканина довіри, страху, надії, відповідальності й часто – нерівності.

Коли пацієнт переступає поріг медичного закладу, він опиняється в ситуації уразливості. Його тіло чи психіка стали джерелом тривоги, а лікар постає як фігура, на яку проектується багато несвідомих очікувань. Водночас лікар входить у стосунок не лише як фахівець, а і як учасник складної організаційної системи, яка регламентує час, навантаження, обсяг спілкування. І в цьому – головний виклик сучасності: втримати живу взаємодію в умовах, де сам час став обмеженим ресурсом.

Сьогодні медична система працює в постійному стані кризи. Війна, економічна нестабільність, вимушена мобільність населення, зміни в структурі захворювань, цифровізація, кадровий дефіцит і перманентне реформування – усе це створює навантаження не лише на інфраструктуру, а й на кожного окремого фахівця. Пацієнт

приходить із реальними болями, але й з накопиченою недовірою до системи, зі страхами й втомою. Лікар, у свою чергу, часто сам є в стані хронічного стресу. Це не просто двоє людей, що зустрілися у кабінеті, – це дві постаті, кожна з яких несе на собі вплив великого контексту.

У таких умовах міжособистісна взаємодія не може залишатися лише справою індивідуальних якостей лікаря. Вона має стати об'єктом цілеспрямованого управління – частиною менеджменту якості в закладі охорони здоров'я [1, 2]. Управлінці мають усвідомлювати, що комунікація – це не лише «м'яка навичка», а стратегічний ресурс. Саме тому в багатьох країнах світу впроваджуються стандарти комунікативної практики, створюються тренінгові програми з клінічної комунікації, проводяться регулярні аудити задоволеності пацієнтів, вводяться протоколи складних розмов (наприклад, повідомлення поганих новин).

Організаційна структура закладу має бути спроектована таким чином, щоб пацієнт від самого входу до моменту завершення лікування відчував чіткість, передбачуваність і увагу. Йдеться про організовані маршрути пацієнтів, де мінімізовано хаос і невизначеність: зручна система запису, логічна навігація в приміщенні, доброзичливий перший контакт із реєстратурою. Це значно знижує рівень стресу, дозволяє пацієнтові не витратити внутрішній ресурс на боротьбу з системою.

Не менш важливими є інструменти зворотного зв'язку, які повинні бути не лише формальними, а справді дієвими. Анкети, скриньки довіри, QR – коди для онлайн – оцінки – все це має працювати не для звітності, а для постійного вдосконалення процесу взаємодії. Адже пацієнтська оцінка – це не просто відгук, а джерело важливої управлінської інформації.

Ще один критичний аспект – достатня тривалість прийому. Вона повинна передбачати не лише можливість задати питання і розставити акценти, а й створити простір для людського контакту. Надто короткий прийом – це не економія, а втрачена довіра, яка дорого коштує у перспективі.

Ключовим управлінським рішенням є також формування інтердисциплінарних команд, де відповідальність за взаємодію з пацієнтом розподіляється між кількома фахівцями: лікарем, медсестрою, психологом, соціальним працівником, адміністратором [3]. Це дозволяє уникнути перевантаження одного фахівця, покращити обмін інформацією та забезпечити більш комплексний підхід до допомоги.

І, нарешті, культура взаємодії має виходити за межі окремих «кабінетів». Вона повинна стати частиною колективної ідентичності закладу. Там, де існує командний дух, де колеги не бояться звернутися один до одного по допомогу, де керівництво моделює культуру поваги, пацієнт завжди це відчуває – навіть між рядками, навіть у дрібницях.

Іншою управлінською темою є підтримка самих лікарів. Якщо лікар виснажений, емоційно відчужений або боїться помилки, жодні інструкції не забезпечать якісної взаємодії. Тому система має включати профілактику професійного вигорання, можливість етичного консультування, регулярні зустрічі для обговорення складних клінічних випадків не лише з медичної, а й з комунікативної точки зору. Сюди ж належить і супервізія, і підтримка молодих спеціалістів, і неформальні майданчики для обміну досвідом.

Зміни в інформаційному середовищі також вимагають нової менеджерської відповіді. Пацієнт дедалі частіше приходить до лікаря не з чистим аркушем, а з «пакетом знань» із інтернету, блогів, телеграм – каналів. Це може викликати роздратування лікаря, але й надає шанс для партнерської моделі: пацієнт зацікавлений, і це треба не відкидати, а інтегрувати у діалог. Для цього необхідна і тактика (як реагувати), і стратегія (як створювати комунікаційну культуру в закладі).

В ідеалі, сучасна взаємодія між лікарем і пацієнтом має відбуватись у просторі відкритої довіри та взаємної відповідальності. Це означає, що пацієнт не лише очікує допомоги, а й активно включається в процес лікування. А лікар не просто

«виконує роботу», а стає фасилітатором змін – і в стані людини, і в її ставленні до власного здоров'я.

Зрозуміло, що досягнення такого рівня взаємодії потребує не лише особистої харизми окремого фахівця, а цілісного підходу в системі управління охороною здоров'я. Від формату запису на прийом до поведінки медсестри, від інтер'єру приймальні до того, як адміністратор реагує на запитання – усе це створює той простір, у якому розгортається чи не розгортається контакт.

У цьому сенсі міжособистісна взаємодія – це не епізод і не емоція. Це процес, який можна планувати, підтримувати, розвивати. І водночас – це людський обмін, який потребує захисту в системі, що дедалі більше схильна до механізації. Бо навіть найсучасніша реформа не зможе замінити той момент, коли лікар дивиться в очі пацієнтові й каже: «Я вас чую. Ми будемо розбиратися разом».

Таким чином, міжособистісна взаємодія є невід'ємною складовою деонтології в медичному закладі, якісного надання медичних послуг та забезпечення етичних стандартів у медицині. Міжособистісна взаємодія охоплює комунікацію між медичними працівниками, пацієнтами та їхніми родинами. Вона є основою для формування довіри, що є критичним процесом у процесі лікування. Ефективна комунікація сприяє кращому розумінню потреб потреби, їхніх психологічних і емоційних станів, а також підвищує рівень задоволеності від лікування і повинна включати моральні зобов'язання медичних працівників, такі як збереження конфіденційності та поваги до автономної роботи, що можуть бути реалізовані лише через ефективну комунікацію; врахування культурних особливостей комунікацій; співпрацю між медичними працівниками різних спеціальностей.

Список використаних джерел

1. Брич В. Я. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я : моногр. В. Я. Брич, Л. В. Ліштаба, П. П. Микитюк. Тернопіль : ТНЕУ, 2018. 192с.
2. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. № 1. С. 37-50.

3. Ковальова О., Герасимчук Н., Сафаргаліна-Корнілова Н. Деонтологія в медицині. Підручник. К.: Медицина. 2018. 240с.
4. Етичний кодекс лікаря. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>
5. Етичний кодекс медичної сестри. URL: http://medmedsestrunstvo.blogspot.com/2016/03/blog-post_16.html
6. Європейська Хартія прав пацієнтів в Україні URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/hartia.pdf>