



Н. І. Завгородня

*Харківський національний
медичний університет*

© Н. І. Завгородня

**ЕМОЦІЇ ЛІКАРЯ-ХІРУРГА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ
ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА**

Резюме. У статті представлений аналіз сучасного стану проблеми ефективної побудови емоційного контакту між лікарем та пацієнтом хірургічного профілю. Висвітлюється точка зору про вплив емоційного сприйняття пацієнта та лікувального процесу на перебіг хвороби, процес лікування та його результати.

Ключові слова: *емоційний контакт, лікувальний процес, взаємодія «лікар—пацієнт», ефективність лікування.*

Вступ

Батько медицини Гіппократ вперше проголосив принцип «не нашкодь». Він писав: «Особа, що присвятила себе медицині, має володіти такими якостями: безкорисливістю, скромністю, цнотливістю, здоровим глуздом, холоднокрів'ям» [3]. Основною тезою в роботі справжнього лікаря, за Гіппократом, є твердження «все в ім'я хворого, все для його зцілення». Недарма стали афоризмом слова А. П. Чехова: «Професія лікаря — подвиг. Вона вимагає самозречення, чистоти душі та чистоти помислів. Не кожен здатний на це».

В епоху, коли все дедалі більше посилюється технократизація медицини, загострюється боротьба за економічну доцільність діяльності лікаря, питання біоетики та деонтології набувають все більшої актуальності. Безумовно, не викликає сумніву той факт, що обличчя сучасного лікаря визначається не тільки технічним боком його діяльності, але й поведінкою біля ліжка хворого, манерою спілкування, ефективністю його взаємодії з пацієнтами, їхніми родичами, своїми колегами, а також молодшим медичним персоналом.

На сучасному етапі розвитку медичної науки особливо вагомим стає питання поєднання раціонального, технічного та емоційного, етичного у хірургічній практиці.

За радянських часів була створена й дотепер успішно функціонує модель хірурга-технократа, насаджується практика беземоційного сприйняття особистості хворого. Та чи може бути інакше, беручи до уваги особливості навчального процесу у вищих медичних навчальних закладах? Протягом 6 років навчання у медичному виші та згодом у трирічній інтернатурі молодих хірургів ретельно готують до думки, що без ефективного управління, а то й приборкання власних емоцій, не можливе ефективне лікування. З іншого боку, викладання сфокусоване на вивченні окремих елементів хвороби, без намагання глибинного осмислення складності та унікальності кожного пацієнта як особистості. Якщо мова йде про лікування окремо взятої хвороби, то з цим ще можна погодитися, але не слід забувати, що метою справжнього лікаря, незважаючи на його спеціальність, є лікування хворого, а не окремого захворювання. Професор Ф.У. Пібоді під час лек-

ції у Гарвардській медичній школі ще в 1925 році сформулював основний постулат ефективного лікування: «Секрет піклування про хворого складається з піклування про нього» [5].

Такий стан речей є, по суті, дефектом не хірургії як медичної науки, а деяких лікарів-хірургів, які формують спільноти, що в подальшому приймають рішення і впливають на колективне мислення цілого покоління лікарів.

Очевидно, що стан хвороби для усіх людей є важкою травмою, яка може у занедбаному стані призводити до помітних змін психіки, що виявляється у зміні ставлення до власної особистості, рідних та близьких, оточуючих людей, роботи та, зрештою, до самого життя. Свого апогею ці прояви набувають в онкологічних хворих, чия боротьба зі смертю приймає буквальне втілення. І якими важливими та значними виявляються в цій боротьбі такі, на перший погляд, малопримітні дрібниці — погляд підтримки, влучне слово, своєчасний дотик. Доречно згадати досвід земських лікарів: «Кожен хворий страждає своєю хворобою плюс страхом за своє життя». У той же час не викликає сумніву справедливості зауваження видатного клініциста М. Я. Мудрова, який зазначав, звертаючись до молодого покоління лікарів: «Досліджуючи хворого, пам'ятай, що в той же час хворий досліджує тебе» [4].

Успіх лікування безпосередньо залежить від здатності лікаря знайти потрібний індивідуальний підхід до кожного пацієнта, до кожного страху, до кожної надії... Недарма ще лікарі Стародавньої Греції вважали, що в розпорядженні справжнього лікаря є лише три знаряддя: слово, рослина і ніж. За силою впливу, слово дорівнювалося до скальпеля хірурга.

Усе викладене набуває особливої актуальності в умовах загальнодоступності довідкової медичної літератури будь-якого напрямку в мережі Інтернет, що часто призводить до переоцінки власного розуміння перебігу захворювання з боку пацієнта, схильності до самолікування, підвищення інтересу до альтернативних методів лікування. При цьому з боку лікаря вкрай важливим стає вироблення диференційованого підходу до представників різних професій, віросповідань, культур, соціальних прошарків.



У різних культурах і різних суспільствах відносини між лікарем і пацієнтом складаються й сприймаються по-різному. Професор медичної етики Robert Veatch (Georgetown University) виділяє чотири моделі взаємин «лікар—пацієнт», які є характерними для сучасної культури: інженерну, пастирську (патерналістську), колегіальну і контрактну [11].

Перша модель отримала назву інженерної. У рамках цієї моделі пацієнт сприймається лікарем як безособовий механізм. Завдання лікаря — виправлення відхилень у несправному фізіологічному механізмі. Основним недоліком цього типу відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу поваги прав та гідності особи. Пацієнт не бере участь в обговоренні процесу лікування. На превеликий жаль, у сучасній медицині, особливо за умов широкого розповсюдження вузькоспеціалізованої допомоги, лікар дійсно виконує суто технічні функції. Прикладом може слугувати приймальне відділення будь-якої лікарні або поліклініка практично у будь-якому місті України.

Другий тип відносин між лікарем і пацієнтом — патерналістський. Міжособистісні стосунки тут подібні до стосунків священика і прихожанина або батька і дитини, наставника і підопічного. Принципи ставлення до пацієнта — любов, милосердя, турбота, благодіяння і справедливість, тобто принципи клятви Гіппократа. У сучасній медицині така модель залишається найбільш переважною і найпоширенішою. Патерналізм найбільш прийнятний в педіатрії, психіатрії, геріатрії. Недоліки моделі в тому, що дуже часто взаємини можуть перерости у відносини типу «начальник — підлеглий», що є неприпустимим в умовах функціонування страхової медицини європейського ґатунку.

Третій тип взаємовідносин між лікарем і пацієнтом за R.Veatch — колегіальний. Основою взаємодії лікаря та пацієнта є принцип рівноправності. Лікар повідомляє правдиву інформацію про діагноз, методи лікування, можливі ускладнення та наслідки захворювання. Пацієнт свідомо бере активну участь в обговоренні цієї інформації, виборі методів лікування, тобто повною мірою реалізується його право на свободу вибору. На теренах медичних закладів пострадянського зразка така гармонія у стосунках між лікарем і пацієнтом швидше є винятком із правил. Однак слід пам'ятати, що в умовах функціонування даної моделі на процес лікування можуть негативно впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Загалом, ефективність колегіальної моделі виявляється особливо виражено при хронічних захворюваннях.

Остання, *четверта модель*, за R.Veatch, має назву «контрактна». Взаємодії лікаря і пацієнта ґрунтуються на принципах суспільного договору. Пацієнти укладають договір на медичне

обслуговування з лікувальним закладом або через страхову компанію. Кожна сторона в такому договорі несе свої зобов'язання і кожна досягає своєї вигоди. Контрактна модель передбачає захист моральних цінностей особистості, проте в структурі надання медичної допомоги населенню вона посідає незначне місце.

З позиції розглядання біотичних засад лікувального процесу та взаємодії лікаря і пацієнта в його рамках, найбільш виправданим, на нашу думку, є колегіальний тип спілкування, в тому числі і у хірургічній клініці.

Особливо важливим у цьому контексті слід вважати таке поняття, як милосердя. Забуте і таке рідко вживане у наш час слово «милосердя» відображає вміння лікаря співчувати хворому, співпереживати йому, розділяти з ним його страждання, приймати його стан, співчувати його горю та протягувати руку допомоги у хвилину скорботи. Якою важливою стає здатність лікаря сприймати кожного хворого «милим серцем», уникаючи звернення уваги на супровідні обставини й чинники.

Значне місце в лікувальному процесі займає встановлення емоційного контакту між хворим і пацієнтом [1].

У процесі роботи з пацієнтом, встановлення емоційного контакту важливо враховувати індивідуальні особливості хворого. Так, не варто нав'язувати хворому власних релігійних переконань, уявлень, філософських поглядів. Важливо продемонструвати пацієнтові, що він сприймається як повноцінна особистість, на погляди, права і свободи якої лікар ні якою мірою зазіхати не збирається.

Слід пам'ятати, що посмішка, відкритий, доброзичливий погляд, підбадьорюючий тон можуть позитивно впливати на процес лікування та одужання. Навпаки, сумніви на обличчі, жести невпевненості, тривога у погляді лікаря здатні самі по собі відправити хворого у стан стресу й страху.

Здійснення індивідуального, емоційного контакту відбиваються на розмові між лікарем і хворим.

Варто зазначити, що правильна побудова розмови вже може стати секретом успіху в постановці правильного діагнозу з використанням мінімальних витрат часу. Так, автор бестселера «Як думають лікарі?», професор Гарвардського університету Джером Групмен [5], рекомендує використовувати в бесіді відкриті питання, тобто питання без висновку, що дозволяє значною мірою розширити обсяг інформації, який буде отриманий від пацієнта. Крім того, спонукання хворого до монологічного мовлення сприяє більш швидкому встановленню контакту з хворим.

Яскравим прикладом ефективності правильної побудови діалогу «лікар—пацієнт» може стати вибір формулювання першого питання. На нашу думку, питаючи про локалізацію неприємних чи



больових відчуттів у пацієнта, необхідно категорично уникати виразу «Що болить?», замінюючи його більш розлогим питанням «Де болить?». Це пов'язано з тим, що не варто очікувати навіть від найбільш ерудованого й освіченого пацієнта однозначно правильної інтерпретації локалізації патологічного вогнища.

У практичній роботі не слід недооцінювати ролі фізичного контакту лікаря та пацієнта. Доведено, що дотик — більш дієвий метод заспокоєння, ніж слова, особливо у випадках, коли необхідно вгамувати страх або настроїти пацієнта на ефективну і продуктивну взаємодію [1, 9].

Медицина, як і будь-яка наука, є великою мірою мистецтвом. А мистецтво самої медицини полягає в тому, щоб розвивати і використовувати сприйнятливості до мови і емоцій, що необхідно для того щоб стати хорошим клініцистом.

Лікарю треба постійно пам'ятати, що рутинне, найповсякденніше захворювання в його розумінні є в той же час для пацієнта чимось зовсім новим, незнайомим, здатним істотно впливати на якість його життя та його соціальну активність. Більше того, лікар для пацієнта є, по суті, єдиним провідником у темному лабіринті хвороби і саме його підтримка і допомога значною мірою визначатимуть ідентифікацію пацієнта у хворобі, її сприйняття та настрої на результат лікування.

Аналізуючи скарги пацієнта на розвиток різноманітних побічних ефектів від терапії, слід враховувати, що біологія кожної людини унікальна, і при прийомі одного і того ж давно відомого лікарського препарату можливі істотні відмінності як у побічних ефектах та їх вираженості, так і, з іншого боку, можливості досягнення очікуваного результату лікування. Різні люди можуть зовсім по-різному реагувати на одні й ті самі ліки, тип терапії, однакові процедури. Тому з особливою увагою, чуйністю і розумінням слід ставитися до скарг пов'язаних з появою побічних ефектів лікування. Це особливо потрібно у разі застосування поліхіміотерапії в онкологічних хворих, коли дуже часто виникають істотні складності у досягненні комплаєнсу до обраного лікування, зважаючи на розповсюджене в засобах масової інформації та суспільстві уявлення про складнощі, які можуть виникати під час лікувального процесу [1]. Саме від тактовності лікаря, здатного вчасно розпізнати наявність страху перед лікуванням, встановити його причину, уточнити, з чим пов'язаний його розвиток і які його основні характеристики (з обов'язковим проведенням у подальшому психотерапевтичної бесіди з пацієнтом) [8], багато в чому буде залежа-

ти емоційний настрій пацієнта на період терапії, а, отже, і те, з якими втратами буде перенесено тяжке лікування. Хвилини щирої, зацікавленої бесіди між лікарем і хворим створюють міцний фундамент для успішної і часто тривалої боротьби за здоров'я й саме життя.

Безумовно, необхідно враховувати, що в певних ситуаціях зайва емоційність з боку лікаря може стати причиною методичних або технічних помилок та похибок. Про це особливо важливо пам'ятати в умовах роботи в приймальному відділенні, відділенні інтенсивної терапії та реанімації, у складі бригад лікарів швидкої та екстреної допомоги, в умовах катастроф і терористичних актів. Більше того, емоційні та необдумані висловлювання можуть стати причиною погіршення стану хворого та відвести лікаря в бік від дійсного стану справ, зашкодити постановці правильного діагнозу [2].

Проте необґрунтовані побоювання помилкового рішення в більшості випадків не є справжньою причиною емоційної холодності лікаря.

Часом грубість і відстороненість лікаря — це свого роду психологічний захист від оточуючого болю та страждання. З цього приводу М.Р. Рокницький у своїй монографії «Етика та деонтологія в хірургії» наголошує, що приниження ролі лікаря у результаті його поведінки здатне повністю зруйнувати один із факторів лікування — фактор віри, довіри, поваги до лікаря [7].

Варто пам'ятати, що здатність вчасно почути пацієнта, відчутти його на емоційному рівні може визначити необхідність у проведенні своєчасної корекції схеми лікування, що стане основою у кінцевому результаті перемоги над хворобою.

Безцінними є слова російського лікаря Є.С. Боткіна, лейб-медика сім'ї Миколи II, якого було розстріляно разом із царською родиною. Звертаючись до майбутніх лікарів під час вступної лекції у Військово-медичній академії 18 жовтня 1897 року, він, зокрема, зазначив: «Раз надбана вами довіра хворих переходить у ширю прихильність до вас, коли вони переконуються у вашому незмінно щирому до них ставленні. Коли ви входите до палати, вас зустрічає радісний і привітний настрій — дорогоцінні та найсильніші ліки, якими ви нерідко набагато більше допоможете, ніж мікстурами і порошками ... Тільки серце для цього потрібно, тільки щира сердечна прихильність до хворої людини. Тож не скупіться, привчайтесь широкою рукою давати його тому, кому воно потрібне. Так підемо з любов'ю до хворої людини, щоб разом вчитися, як їй бути корисними» [6].



ЛИТЕРАТУРА

1. *Введение в биоэтику* / под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. — М., 1998. — 55 с.
2. *Ганцев Ш.Х.* Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов.—2-е изд., испр. и доп. / Ш.Х. Ганцев. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 488 с.
3. *Гиппократ.* Этика и общая медицина; Письма / Гиппократ. — М.: Мир книги, Литература, 2007. — 335 с.
4. *Гребнев А.Л.* Непосредственное исследование больного. Учебн. пособ. для студентов медицинских вузов / А.Л. Гребнев, А.А. Шептулин. — М.: МЕДпресс, 1999. — 344 с.
5. *Группман Дж.* Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы / Дж. Группман; [пер. С.Г. Чернецова]. — М.: Эксмо, 2008. — 320 с.
6. *Ронжин С.Г.* «Жизнь государю, честь — никому»: Нравственный выбор Евгения Сергеевича Боткина / С.Г. Ронжин, А.А. Рязанцев, И.С. Ронжин//Бюллетень Сибирской Медицины. — 2006. — № 1.
7. *Рокицкий М.Р.* Этика и деонтология в хирургии / М.Р. Рокицкий — М.: ГОЭТАР Медицина, 1998. — 31 с.
8. *Янсен Т.* Испытание болезнью: как пережить рак груди / Тьерри Янсен; пер. с фр. И. Шубиной — М.: Астрель; CORPUS, 2010. — 190 с.
9. *Hahn S.R.* The doctor-patient family relationship. A compensatory alliance / S.R. Hahn, J.S. Feiner//*Ann. Intern. Med.* — 1988, № 109. — P. 884—889.
10. *Penny K.S.* Postpartum perception of touch received during labour / K.S. Penny — *Research in nursing and Health.* — 1979, №2. — P. 9—16.
11. *Robert M. Veatch.* The patient-physician relation: the patient as partner / Robert M. Veatch//Indiana University Press. — 1991. — P. 306.

ЭМОЦИИ ВРАЧА-ХИРУРГА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Н. И. Завгородняя

Резюме. В статье представлен анализ современного состояния проблемы эффективного построения эмоционального контакта между врачом и пациентом хирургического профиля. Освещается точка зрения относительно влияния эмоционального восприятия пациента и процесса лечения на течение заболевания и его результаты.

Ключевые слова: эмоциональный контакт, лечебный процесс, взаимодействие «врач—пациент», эффективность лечения.

SURGEON'S EMOTIONS AND THE EFFECTIVENESS OF PATIENT'S TREATMENT

N. I. Zavgorodnia

Summary. The article analyzed the current state of the problem of creation of an effective emotional contact between surgeon and patient. The view reveals the influence of emotional perception and patient's treatment for treatment process and its results.

Key words: emotional contact, treatment, the interaction «doctor-patient», the effectiveness of the treatment.