

Modern medicine and nursing call for the need for comprehensive treatment and patient care and for an individual approach to the treatment of chronic wounds. It is necessary to perceive the patient as a holistic being and to comprehensively evaluate all factors influencing the wound healing process [5].

Key words: chronic wound, consequences of chronic wounds on patients' lives, quality of life, comprehensive treatment of chronic wounds.

References

1. Newbern, S. Identification of pain and effects on quality of life from chronic wounds to secondary vascular disease with lower extremity: An integrated review. *Adv Skin Care Wound Care*. 2018; 31 (3): 102-8.
2. Posnett, J., Franks, P., J.2008. The burden of chronic wounds in the UK. *Nursing Times*, 2008, 104:3, 44–45. [online]. [cit. 2020-08-01]. Available online: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/tissue-viability/the-burden-of-chronic-wounds-in-the-uk-23-01-2008>.
3. Palfreyman, S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nursing Times*, 2008, 104(41): 34–37.
4. Cavassan, N.,R.,V. et al. 2018. Correlation between chronic venous ulcer exudate proteins and clinical profile: A cross-sectional study. *J Proteomics*. 2018; 192: 280-90.
5. Поповічová, М. Novyje napravlenija po zaživljeniju ran. *Ukrajina. Zdorovja naciji*, 2020, 3(60): 120-124. ISSN 2077-6594.

DOI 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213732

Балашов К.В.

Ефективна комунікація між лікарем та пацієнтом: міжнародний досвід і науково-методологічна основа

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

За даними МОЗ України станом на початок 2019 року у нашій країні налічувалося 2,6 млн осіб з інвалідністю, з них 161 тис. дітей. Більшість із них потребують реабілітації. Вчасне та адекватне надання реабілітаційної допомоги таким пацієнтам дозволяє запобігти виникненню додаткових обмежень, сприяє максимально можливому відновленню функцій організму та пристосуванню до активного життя.

Відповідно до Наказу МОЗ України від 13.12.2018 № 2331 "Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»" лікар фізичної та реабілітаційної медицини має вміння організувати командну взаємодію між фахівцями, залученими до реабілітації, знати форми і методи санітарної освіти, інформаційні та інтернет-технології (Офіційний веб-сайт МОЗ України, 2020).

Таким чином, існує потреба у навчанні лікарів фізичної та реабілітаційної медицини основ здійснення міжособистісної та публічної комунікації на до- та післядипломному рівні з метою формування адекватного розуміння цілей, засобів і можливостей реабілітаційних заходів на популяційному рівні й формування прихильності до лікування у конкретного пацієнта.

Мета: надати рекомендації щодо підготовки лікарів фізичної та реабілітаційної медицини з питань здійснення міжособистісної комунікації в межах безперервного професійного розвитку лікарів.

Матеріали та методи. За допомогою бібліосемантичного методу та використання контент-аналізу опрацьована актуальна наукова та довідникова література щодо розробки та здійснення комунікації у сфері охорони здоров'я, зокрема нормативні документи ВООЗ, програми підготовки лікарів в Україні та закордоном, наукові публікації щодо здійснення комунікацій в охороні здоров'я.

Результати. Фундамент модернізації системи комунікацій в охороні здоров'я був визначений Люблянською Хартією (1996 р.), яка сформулювала вимоги до систем охорони здоров'я в Європі (Москаленко, Гульчій, & Грузєва, 2013), які мають бути:

- засновані на етичних цінностях, що передбачає підтримку гідності людини, справедливість, солідарність, професійну етику;
- спрямовані на поліпшення здоров'я;
- спрямовані на задоволення потреб населення, поряд із взяттям на себе громадянами частки відповідальності за своє здоров'я;
- орієнтовані на первинну медико-санітарну допомогу.

Сучасне розуміння мети і завдань комунікації викладене у (Слабкий, Миронюк, & Качала, 2017) та (Знаменська, 2015) і розглядає комунікацію, як рівноправний обмін інформацією, що вимагає «вміння

слухати, збирати інформацію і з'ясувати, як люди сприймають і формулюють повідомлення щодо здоров'я, з тим щоб передавати інформацію в більш доступній і переконливій формі».

Міжнародні інституції, такі як ВООЗ, розробили низку довідників зі здійснення комунікації, які щоправда переважно стосуються кризової комунікації під час спалахів інфекційних хвороб (World Health Organization, 2013), (World Health Organization, 2008), (World Health Organization) або зосереджується на механізмах адвокації (World Health Organization, 2018).

Підготоване фахівцями ВООЗ Керівництво з планування комунікації під час спалаху (World Health Organization, 2008) містить інформацію про чотири етапи комунікації та відповідні заходи:

1. Етап I. До початку події. На цьому етапі необхідно визначити цілі комунікації, зокрема підвищення рівня обізнаності громадськості, партнерів та вашої організації щодо потенційних загроз.

2. Етап II. Початок хвороби. На цьому етапі важливим є залучення партнерів для організації спілкування з громадськістю.

3. Етап III. Швидке збільшення захворюваності та поширення хвороби. Оскільки на цьому етапі здатність медичних закладів реагувати часто знижується через перевантаження, то важливо ефективно отримувати зворотній зв'язок, зокрема постійно оцінювати та за потреби адаптувати обрану стратегію комунікації.

4. Етап IV. Зниження захворюваності та можливе вирішення проблеми. Метою цього етапу є підтримка уваги й контролю за спалахом та сприяння процесу відновлення.

Sheppard et al. (Sheppard, Janoske, & Liu, 2012) виокремили чотири теорії, що є засадничими для побудови систем комунікації:

- модель кризової комунікації та комунікації невідкладного ризику (crisis and emergency risk communication (CERC) model);

- ситуаційна теорія публічної комунікації (situational theory of publics (STP));

- евристично-систематична модель (heuristic systematic model);

- модель дорадчого процесу (deliberative process model).

Модель кризової комунікації та комунікації невідкладного ризику (розроблена Центром з контролю та профілактики захворювань (CDC), поділена на п'ять етапів, кожен з яких надає широкий спектр можливостей (Sheppard, Janoske, & Liu, 2012):

- **Докризовий.** Суспільству, в т.ч. цільовій спільноті надаються повідомлення про ризик, попередження та інструкції щодо підготовки.

- **Початкова подія.** Надаються повідомлення щодо зменшення невизначеності, підвищення власної ефективності та захищеності.

- **Розвиток ситуації.** Надаються повідомлення про перебіг процесу, спрямовані на досягнення зменшення невизначеності, підвищення власної ефективності та захищеності. Стратегії включають надання необхідної довідкової інформації, отримання відгуків, виправлення

дезінформації та розширення можливостей прийняття рішень.

- **Завершення.** Надаються повідомлення про перебіг процесу, обговорюються причини, нові ризики або поняття. Стратегії включають вивчення проблем та посилення того, що працювало.

- **Оцінка.** Комунікація спрямовується до агентств та цільових спільнот для обговорення адекватності відповідей, роботи над помилками та формування нових уявлень.

Ситуаційна теорія публічної комунікації – це визнана і добре перевірена концепція, що визнається вченими у галузі зв'язків з громадськістю як перша "глибока теорія" у суспільних відносинах. Водночас, ситуаційна теорія дозволяє відповісти на прикладні питання щодо мотивації та умов, за яких громадськість погоджується на комунікацію. Ця теорія вперше була розроблена в 1968 р. Джеймсом Е. Грюнігом, який провів наступні три десятиліття тестування в різних професійних умовах, редагуючи та розширюючи її (Toth, 2009).

Ситуаційна теорія складається з двох залежних (активна чи пасивна комунікативна поведінка) та трьох незалежних змінних (усвідомлення проблеми, усвідомлення перешкод, рівень залучення) (Grunig, 2005). Комбінація незалежних змінних дозволяє сегментувати аудиторію на чотири групи, залежно від рівня готовності здійснювати комунікацію з визначеного питання.

Евристично-систематична модель (heuristic systematic model). Людське мислення поєднує евристичний (інтуїтивний) та систематичний (аналітичний) підходи, що чергуються у процесі ухвалення рішення. Використання систематичного підходу є більш ресурсо- і часовитратним, втім дозволяє особі бути більш переконаною в ухваленому рішенні. Описуючи використання цієї теорії Griffin et al. (Griffin, Neuwirth, Giese, & Dunwoody, 2002) наполегливо радять використовувати орієнтований на реципієнта підхід, що «...вимагає зосередитись на розумінні індивідуальних варіацій оціночної поведінки отримувача інформації».

Модель дорадчого процесу (deliberative process model). Дорадчий процес – це процес, що дозволяє групі осіб отримувати та обмінюватися інформацією, критично вивчати проблему та домовлятися про прийняття рішень (Gauvin).

Утім, деякі автори (Renn, A Model for an Analytic-Deliberative Process in Risk Management, 1999) наголошують на необхідності додавання до процесу рівноправного аналітичного компоненту, як запоруки об'єктивного відображення позицій багатьох існуючих груп та справедливого процесу прийняття рішення.

В останні десятиліття комунікаційні плани почали враховувати різницю у передачі та сприйнятті інформації, властиву представникам різних рас, статей, освітніх чи економічних груп у формуванні повідомлень (детальніше у (Балашов, 2020)), а також активно використовувати у робочому процесі та повсякденному житті технології мобільного зв'язку і соціальних мереж, що мінімізує відмінності у доступі до електронних сервісів між країнами з високим і низьким рівнем достатку (WHO, 2016).

Необхідність та можливості впровадження окремих навчальних курсів з комунікації на післядипломному та додипломному рівні, що стосуються, зокрема фахівців з громадського здоров'я вже були описані у наукових публікаціях, напр.: (Гульчій & Захарова, 2010), (Знаменська, 2015), (Вороненко Ю. В., Гульчій, Хоменко, Балашов, Туряниця, & Іорк, 2017), (Вороненко Ю., Гульчій, Харченко, Захарова, & Балашов, 2020).

Навчальні плани підготовки бакалаврів за спеціальністю «227 Фізична терапія, ерготерапія» містять обов'язкову навчальну дисципліну циклу професійної підготовки «Основи менеджменту, маркетингу та адміністрування» (3 кредити), що передбачає і вивчення теми «Комунікації як процес, їх вплив на якість управлінської діяльності». Безперечно, комунікації – це важливий аспект управління, який втім не передбачає тієї різноманітності комунікативних завдань та ситуацій, що їх потребує професійна діяльність лікаря фізичної та реабілітаційної медицини.

На теперішній час найбільш простим, ринково виправданим та гнучким механізмом підвищення комунікаційної компетентності лікарів, зокрема й фізичної та реабілітаційної медицини є розробка циклів тематичного удосконалення та майстер-класів для здійснення безперервного професійного розвитку фахівців.

Висновки. Розбудова системи фізичної та реабілітаційної медицини відіграє важливу роль у підтримці здоров'я населення та збереженні активного і максимально повноцінного життя для кожної людини. Особливості реабілітаційного процесу – його тривалість та орієнтованість на активну участь пацієнта – ставить особливі вимоги до рівня взаємодії між лікарем та пацієнтом, і покладає на лікаря додаткову відповідальність за правильність здійснення комунікації.

Теоретична основа комунікацій в охороні здоров'я детально досліджена у працях закордонних та вітчизняних вчених. Sheppard, Janoske, & Liu (2012) виокремили чотири засадничі для систем комунікації теорії: модель кризової комунікації та комунікації невідкладного ризику, ситуаційну теорію публічної комунікації, евристично-систематичну модель, модель дорадчого процесу.

На сьогодні навчання лікарів фізичної та реабілітаційної медицини основ комунікації на післядипломному етапі є найбільш простим та оперативним шляхом підвищення якості реабілітаційної допомоги. Це потребує розробки навчальних програм та планів циклів тематичного удосконалення та майстер-класів з питань міжособистісної комунікації.

Ключові слова: комунікації, підготовка лікарів, громадське здоров'я.

Література

1. Gauvin, F.-P. (без дати). What is a Deliberative Process? Отримано 15 08 2019 р., з National Collaborating Centre for Healthy Public Policy: https://www.nccpp.ca/docs/DeliberativeDoc1_EN_pdf.pdf.
2. Griffin, R., Neuwirth, K., Giese, J., & Dunwoody, S. (2002). Linking the Heuristic-Systematic Model and Depth of Processing. *Communication Research*, 29(6), 705-732.
3. (2005). Situational Theory of Publics. у J. Grunig, & R. Heath (Ред.), *Encyclopedia of Public Relations*. Vol. 2. SAGE Publications.
4. Renn, O. (1999). A Model for an Analytic-Deliberative Process in Risk Management. *Environ. Sci. Technol.*
5. Sheppard, B., Janoske, M., & Liu, B. (2012). "Understanding Risk Communication Theory: A Guide for Emergency Managers and Communicators," Report to Human Factors/Behavioral Sciences Division, Science and Technology Directorate, U.S. Department of Homeland Security. College Park: MD: START.
6. Toth, E. L. (2009). *The Future of Excellence in Public Relations and Communication Management: Challenges for the Next Generation*. Routledge.
7. World Health Organization. (2008). *World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide*. Geneva.
8. World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva.
9. World Health Organization. (2016). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable*. Geneva.
10. World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva.
11. World Health Organization. (без дати). *Outbreak Communication: The Goal, Strategies and Controversies: Evidence and Experience (DRAFT)*. Отримано з <http://www.psandman.com/articles/OCBD-1.pdf>.
12. Балашов, К. (2020). Modern science: problems and innovations. Abstracts of the 3rd International scientific and practical conference. *Громадське здоров'я та культура: точки дотику* (с. 74-79). Stockholm: SSPG Publish.
13. Вороненко, Ю. В., Гульчій, О. П., Хоменко, І., Балашов, К., Туряниця, С., & Іорк, Е. (2017). Комунікаційна компетенція як складова комплексного навчання фахівців громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*, №3 (44).
14. Вороненко, Ю., Гульчій, О., Харченко, Н., Захарова, Н., & Балашов, К. (2020). Доказово побудована комунікація: необхідна передумова управління безперервним професійним розвитком. *Український медичний часопис*.
15. Гульчій, О. П., & Захарова, Н. М. (2010). Методологічні аспекти розробки навчальних програм для післядипломної освіти в охороні здоров'я. *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О.Богомольця*, 197-201.

16. Знаменська, М. А. (2015). Медико-соціальне обґрунтування системи комунікацій в охороні здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Київ: НМАПО імені П.Л. Шупика.
17. Москаленко, В., Гульчій, О., & Грузєва, Т. (2013). Громадське здоров'я. Вінниця: Нова книга.
18. Офіційний веб-сайт МОЗ України. (09 2020 р.). Наказ МОЗ України від 13.12.2018 № 2331 "Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»": <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-13122018--2331-pro-vnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>.
19. Слабкий, Г., Миронюк, В., & Качала, Л. (2017). Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації, сс. 24-31.

DOI 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213733

Брич В.В.

Забезпечення осіб з інвалідністю внаслідок травм та хвороб кістково-м'язової системи реабілітаційними послугами в Закарпатській області: стан, проблеми, шляхи вирішення

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Ураження опорно-рухового апарату є однією з основних причин інвалідизації у світі та Україні зокрема. Результати дослідження «Глобальний тягар хвороб» (2017) вказують, що захворювання опорно-рухового апарату займають друге місце серед чинників інвалідності в світі [1]. Саме вони ведуть до стійкої втрати працездатності дорослого населення, що спричиняє збільшення збитків на виробництві, соціальних виплат, витрат на відновне лікування та забезпечення достатньої якості життя осіб з інвалідністю. До уражень опорно-рухового апарату можемо віднести хвороби кістково-м'язової системи та травми. Всі вони потребують надання медичної допомоги, в тому числі послуг з медичної реабілітації.

У 2017 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) виступила з ініціативою «Реабілітація-2030», закликавши всі зацікавлені сторони до злагоджених і скоординованих глобальних дій зі збільшення масштабів реабілітації, а згодом у 2019 році презентувала настанову «Реабілітація в системах охорони здоров'я: посібник з дій», в якій надаються важливі рекомендації щодо впровадження максимально ефективної системи надання реабілітаційних послуг [2]. В Україні медико-соціальна реабілітація законодавчо та нормативно оформлена для осіб з інвалідністю, про що свідчить прийняття Закону України від 06.10.2005 р. № 2961-IV «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» та ряду інших документів.

В структурі загальної захворюваності населення України, частка уражень опорно-рухового апарату невелика, але залишається однією з основних причин інвалідності. Розглядаючи окремих регіон, Закарпатську область, у 2018 році в ній в порівнянні з 2014 роком спостерігалось зниження показників захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини на 8,7% та 3,2% відповідно [4]. При

аналізі показників захворюваності Закарпатської області за класом хвороб «Травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх причин (S00-T98)» визначено їх поступове зниження на 7,0% протягом 5 років (2014-2018 роки). Але в структурі всіх зареєстрованих хвороб в області їх частка майже незмінна і складала 6,1-6,4% [5]. Для кращого розуміння ситуації слід проаналізувати рівень інвалідизації населення з вище наведеними ураженнями, стан надання їм реабілітаційних послуг за окремими видами.

Мета: дослідити стан та проблеми забезпечення реабілітаційними послугами осіб з інвалідністю внаслідок травм та хвороб кістково-м'язової системи в розрізі окремого регіону – Закарпатської області.

Матеріали та методи. Матеріалами стали показники статистичних довідників «Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області» за 2014-2018 роки та аналітико-інформаційного довідника медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю [6]. Методи: системного аналізу, статистичний.

Результати. В структурі первинної інвалідності в Закарпатській області протягом 2014-2019 років травми та хвороби кістково-м'язової системи, як причини отримання інвалідності, займали четверте та третє місце відповідно після хвороб системи кровообігу та новоутворень.

Протягом п'яти років (2014-2018 рр.) в Закарпатській області вперше особами з інвалідністю визнано 19371 дорослого жителя, серед яких для 10,3% осіб причиною визначено травми, а для 15,4% – хвороби кістково-м'язової системи (хвороби системи кровообігу стали причиною у 19,8% випадків, новоутворення – 17,5%). При цьому протягом періоду дослідження хвороби