

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКАРІВ І ТА ПАЦІЄНТІВ ЦЕНТРІВ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ ЯК ПЕРЕДУМОВА ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

Психологічне осмислення підходу лікаря до пацієнта, є суттєвим чинником залучення пацієнта до медичної допомоги. Мета роботи полягала у вивченні психологічних особливостей лікаря та пацієнта для оптимізації профілактики, діагностики та лікування в сфері репродуктивного здоров'я. Вперше досліджені психологічні особливості лікарів, що працюють в центрах планування сім'ї й медичної генетики та їхніх пацієнтів. Вибірка становила 410 осіб. Об'єкт дослідження – особистість лікаря й пацієнта. Предмет – психологічні характеристики лікарів і пацієнтів в сфері планування сім'ї та медичної генетики. Встановлені територіальні відмінності психологічних особливостей лікарів та їхніх пацієнтів, достовірні взаємозв'язки виокремлених психологічних характеристик. Запропоновані стратегії оптимізації психологічної складової лікувально-профілактичного процесу.

Ключові слова: *психологічні особливості, взаємодія лікар-пацієнт, планування сім'ї, професійне вигорання, захисні механізми, задоволеність пацієнтів.*

Актуальність теми дослідження. На сьогодні фахівці з багатьох галузей науки вказують на актуальну потребу в реформуванні надання медичних послуг населенню задля поліпшення їх якості [1, 2]. Незважаючи на глобалізаційні процеси у світі, рівень та підходи до надання медичних послуг значно відрізняються, а складності, що характерні для різних країн не менш відмінні. Достатнє технічне, інформаційне, фармацевтичне забезпечення має свої характерні проблеми, які призводять не до залученості пацієнта в процес лікування, а можуть розглядатися як медикалізація. Отже, обмеженим видається говорити лише про економічну чи інформаційну складові для вирішення всіх питань. Реалізація завдання з покращення медичної допомоги має відбуватися одночасно на всіх рівнях. Між тим на мікрорівні важливе значення, поряд з оснащеністю медичного закладу новітнім обладнанням, належить комунікативній складовій між лікарем і пацієнтом, яка, в значній мірі, залежить від психологічних особливостей лікаря. Недовіра пацієнтів до лікарів, їхня упередженість, а, часом і просто дезінформованість, знижують мотивацію до звернення за медичною допомогою, скорочують кількість необхідних

лікарських втручань, що завдає непоправної шкоди здоров'ю всього населення [3, 4, 5].

Сьогодні важко посперечатися із тим, що у медиків формується підприємницька спрямованість, в тому числі, через сильний вплив та ресурси фармацевтичних, страхових компаній та, банально, статистичну звітність. В таких умовах зростає недовіра пацієнтів до лікарів разом із обуреністю та пригніченістю самих лікарів, які стикаються з браком ресурсів для виконання своєї роботи (вони вимушені самостійно їх знаходити), зниженням соціального статусу професії, з трансформацією своїх життєвих цінностей, самоідентичності тощо [6].

Аналіз результатів останніх досліджень. На думку [7, 8], досить складно позитивно сприйняти яку-небудь конкретну ситуацію, коли у людини склалося загальне негативне уявлення про себе. На сприймання й розуміння ситуації впливає образ "Я", інші базові концепції, мотиви та прагнення людини, її ставлення до навколишніх і до життя в цілому.

Сьогодні пацієнт стає споживачем, він часто сам обирає те чи інше лікування, проте необхідних знань для прийняття рішення він не має. Практично важливою є оцінка суб'єктивної задоволеності хворого, що було показано у дослідженні (Джексон, 2001) за участі 500 пацієнтів, яких оглядали за фізичними симптомами 38 лікарів. Результати свідчать, що ефективне спілкування лікаря із пацієнтом має високий вплив на задоволення пацієнта рівнем отриманих медичних послуг [9]. Хоча це і суто суб'єктивний феномен, він є не лише однією з характеристик результату лікування, а й чинником, що впливає на подальший перебіг хвороби в залежності від позитивного чи негативного впливу на комплайєнс пацієнта після виписки. Тим самим це дозволяє прогнозувати успіх терапії й частоту регоспіталізації. Термін «задоволеність хворого лікуванням» відображає співвідношення між очікуваннями хворого від лікування і його враженням від отриманої медичної допомоги. Таким чином, підхід, який лікар знаходить до хворого, постає важливим фактором залучення пацієнта до процесу медичного обслуговування та його задоволеності, що вимагає від лікаря додаткових емоційних витрат. При тому, що задоволеність лікуванням перебуває під впливом різних факторів, якість взаємин лікаря й пацієнта часто є вирішальною у її формуванні і багато в чому визначає успіх терапевтичного процесу. Суб'єктивну задоволеність лікуванням розглядали як складову наступних компонентів: задоволеність результатом лікування, взаєминами лікар-хворий, побутовими умовами та навколишнім оточенням, а також стигматизація, яка відображає ступінь хворобливості сприйняття статусу пацієнта [9, 10].

Задоволення лікаря своїм професійним життям може також мати істотний вплив на якість відносини між ним та пацієнтом. У дослідженні Д. Грембовскі, проведеному в амбулаторних відділеннях клі-

нічної лікарні, показано, що задоволеність лікарів своїм професійним життям була пов'язана з великою довірою пацієнтів і впевненістю у своїх лікарях [11]. Лікарі, які є більш задоволеними, можуть бути кращими для зниження стурбованості пацієнта [12, 13]. Висловлено припущення, що лікарі, які задоволені своїм професійним життям, можуть мати більш позитивний ефект лікування, який, у свою чергу, може вплинути на їхнє спілкування з пацієнтами, що в результаті сприятиме підвищенню задоволеності пацієнтів [12, 13].

Звертаючись до психологічних чинників впливу, варто зазначити, що ставлення до хвороби завжди значимо, а отже впливає на інші системи відносин особистості, в тому числі й на захисно-приспосувальні механізми [14]. Психологічний захист суб'єкта спрямовується проти емоційних переживань, викликаних негативною інформацією, яка суперечить його самооцінці, ціннісним орієнтаціям, його образу "Я". Він спотворює або витісняє зі свідомості суб'єкта суть інформації, яка заважає його самовдосконаленню. Дія механізмів психологічного захисту – потужний факт неадекватного сприйняття себе й навколишніх обставин, а відтак один із шляхів повної чи часткової нейтралізації механізмів їхнього усвідомлення. Це особливо небезпечно в професії лікаря, який тільки за умови суб'єктивного фізичного, психічного благополуччя здатний ефективно вирішувати завдання професійної діяльності, яка вже своїм змістом на початку створює "фон" для формування станів дезадаптації, виникнення неадекватних захисних механізмів, професійного "вигорання" суб'єкта [15-19].

Розглядаючи умови роботи лікаря, можна зазначити, що належачи до професій суб'єктно-суб'єктного типу, його діяльність проходить в умовах підвищених психологічних вимог і пов'язана з високим розумовим і психоемоційним напруженням. Активність лікаря в умовах професійного стресу, особливості емоційного реагування на різні ситуації професійної діяльності, чинники, що впливають на професійно-особистісний розвиток суб'єкта лікувального процесу, індивідуально-психологічні особливості приводять до професійного вигорання. Воно виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» або «звільнення» від них. Професійна діяльність працівників сфери здоров'я несе в собі потенційну загрозу розвитку синдрому емоційного вигорання через високу ймовірність надмірного співчуття [20]. Безпосередньо в сфері планування сім'ї як для жінок, так і для чоловіків, професійно задіяних, відмічається прагнення до всемогутності [21], яке слід контролювати, аби не потрапити у власну пастку. Така особливість вимагає більшого усвідомлення власних психологічних особливостей.

Іншою особливістю є те, що в цій галузі часто зустрічаються зверхоцікування пацієнтів, які читають статті про неймовірні результати та можливість народження дітей всупереч всім прогнозам. Лікарю

важливо відслідковувати такі тенденції та врівноважувати їх, робити більш реалістичними [22].

Крім того, репродуктивна сфера значно відрізняється від інших галузей і тим, що тут не завжди йдеться про індивідуальні потреби, а часто – про видові. Біполярність виявляється і в різному психологічному навантаженні батьківства та сексуальності які зав'язані на одній фізіології [23].

Показано, що комунікація в медицині високо корелює з кращим комплайенсом у пацієнтів щодо призначеного лікування [24]. Таким чином, комунікація – важливий фактор, за допомогою якого у лікаря є деякий контроль допомоги пацієнтам у дотриманні призначень. Тому необхідно впроваджувати розвиток відповідних навичок у навчанні спеціалістів задля підвищення рівня прихильності, дотримання пацієнтами схем лікування тощо [25, 26].

Мета. Дослідити та розкрити специфіку психологічних особливостей лікаря й пацієнта для оптимізації профілактики, діагностики та лікування в сфері репродуктивного здоров'я (на прикладі пацієнток центрів планування сім'ї та медичної генетики). Лікування хворого в ряді випадків може сповільнитися і бути навіть приречене на невдачу, якщо в походженні і перебізі хвороби значну роль відіграють психічні моменти, а лікар цього своєчасно не зрозуміє і не візьме до уваги. Звідси ясно, що кожен лікар повинен бути психологічно й психотерапевтично озброєний [27].

Виокремлені характеристики не вичерпують усього різноманіття психологічного портрету лікаря та пацієнта, проте, на основі проведеного теоретичного аналізу літератури, вони вважались нами як визначальні [28-36]: для лікарів це – наявність, структура та рівень емоційного вигорання; провідні захисні механізми; оцінка взаємодії з пацієнтами; задоволеність процесом праці; задоволеність результатами лікування; уявлення про хворобу; тип ставлення до власної хвороби. Для пацієнтів важливими є: наявність, структура та рівень емоційного вигорання; суб'єктивна задоволеність лікуванням; оцінка роботи медичного персоналу; оцінка тривалості лікування; задоволеність якістю лікування; тип ставлення до власної хвороби; провідні захисні механізми; уявлення про хворобу.

Матеріали й методи дослідження. Для дослідження психологічних характеристик лікаря й пацієнта в сфері репродуктивного здоров'я були обрані такі опитувальники й методики.

Для лікарів:- особистісний опитувальник Плутчіка-Келлермана-Конте [37]; опитувальник В. В. Бойко «Діагностика рівня емоційного вигорання» [38];

-особистісний опитувальник Бехтерівського Інституту (тип ставлення до хвороби) [39];

- модифікація методики Дембо-Рубінштейн (введення таких шкал: «Взаємодія з пацієнтами», «Задоволеність процесом праці», «Задоволеність результатами лікування»)[40];

- проєктивна методика «Уявлення про хворобу» [30].

• Для пацієнтів:

- особистісний опитувальник Плутчіка-Келлермана-Конте [37];

- опитувальник В. В. Бойко «Діагностика рівня емоційного вигорання» [38];

- особистісний опитувальник Бехтерівського Інституту (тип ставлення до хвороби) [39];

- опитувальник Бехтерівського Інституту «Суб'єктивне задоволення лікуванням» [42];

- модифікація методики Дембо-Рубінштейн (введення таких шкал: «Робота медичного персоналу», «Тривалість лікування», «Задоволеність якістю лікування» [40];

- проєктивна методика «Уявлення про хворобу» [30].

Вибірку склали лікарі стаціонарів практичної мережі охорони здоров'я, які мали вищу медичну освіту. Профіль їх діяльності – охорона та надання медичної допомоги при розладах репродуктивного здоров'я населення. Були також задіяні пацієнти, що звертались за медичною допомогою у відділення обраних медичних установ. Кількість респондентів становила 410 осіб.

Зібрані дані оброблялися з використанням програми SPSS 17.

Дослідження було проведене на базі таких медичних установ.

1. «Обласний центр антенатальної охорони плоду та медичної генетики» Чернівецького обласного медичного діагностичного центру.

2. Комунальний заклад «Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини».

3. «Житомирський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини».

Результати дослідження. Розглядаючи результати проведеного дослідження, опишемо отримані найважливіші факти. Серед усіх трьох груп лікарів (поділ був територіальним, та співпадає з нумерацією установ) рівень домагань стосовно взаємодії із пацієнтами є нижчим за оцінку актуального стану речей Для першої групи співвідношення було 3 до 1,8; для другої – 3,5 до 3,4; для третьої – 3,6 до 3,4. Хоча ця різниця є найбільшою для першої групи, але вона притаманна всім лікарям вибірки, що підтверджує «економію» лікарями емоційного ресурсу при побудові взаємостосунків з клієнтами.

Отриманий факт може свідчити про дві речі. По-перше, це може бути компенсаторним механізмом, який інколи називають «механізмом захисту від депресії», по-друге – відображати загальне компенсаторне підвищення самооцінки та задоволеності собою [41].

У даному випадку складно визначити про що саме йдеться, але рівень домагань лікарів досить знижений, що однозначно свідчить про порушення співвідношень домагання лікарів та їхніх реальних можливостей. Також навряд чи можна говорити про компенсаторне підвищення самооцінки, оскільки жоден з результатів за шкалами не знаходиться на підвищеному чи надвисокому рівні (менше або дорівнює трьом).

Лише за декількома шкалами «рівень мрії» є вищим, ніж оцінка актуального стану речей. Це «задоволеність результатами лікування», «щастя» та «оптимізм». З усіх шкал оцінки відносин про взаємодію із пацієнтом лише вказана не підпадає під компенсаторне когнітивне викривлення. Зважаючи на те, що тут мова не йде про контактування з хворим, а про результат професійної діяльності, то, швидше за все, захисні механізми, які сприяють економії емоцій, значно в меншій мірі впливають на самооцінку респондентів.

Показано зниження рівня домагань у лікарів, у порівнянні до актуальної самооцінки, тобто вони оцінюють актуальний стан речей вище, ніж бажаний. Це може свідчити про прояв песимізму, який компенсується завищеною самооцінкою актуального стану речей (інтервал можливої модальності).

Раціоналізація, проєкція та заперечення є трьома найвищими показниками для всіх трьох груп. Це може виявлятися у знеціненні, байдужості та відторгненні. Тобто, можна зробити висновок, що структура прояву захисних механізмів лікарів спрямована на віддалення від пацієнта при збереженні ініціативної, відповідальної ролі лікаря. Встановлено, що середнє значення рівнів напруги в групах лікарів дорівнює 48,0; 36,5 та 36,0 в першій, другій і третій групі відповідно. Порівняння загального рівня напруги між трьома групами свідчить про те, що інформація, в тому числі і від пацієнтів, найбільш реалістично сприймається лікарями другої та третьої груп. Статистично значущих відмінностей у захисних механізмах між групами лікарів не виявлено.

Досить високі показники були отримані за симптомом «редукція професійних обов'язків» (2,4; 1,7 та 2,2), який з-поміж інших, видається важливим для можливості формування комплайенсу між лікарем та пацієнтом, оскільки напряму впливає на їхню взаємодію, а разом із такою загальною тенденцією підвищення фази «резистенція» (2,1; 2 та 1,9), яка розуміється як опір наростаючому стресу, що виснажує особистість, це є показником професійної деформації.

Виявлена характерна ознака сприймання власного стану лікарями – неувага до своєї хвороби, оскільки за специфікою діяльності лікарів, їхня увага спрямована на пацієнтів, а не на себе. Але, оскільки було показано, що сприймання себе як експерта значно залежить від власного самопочуття як психологічного так і фізичного (причому не від об'єктивного стану речей, а від суб'єктивного уявлення про нього),

то увага до свого стану може виступати джерелом внутрішньої впевненості лікаря та ресурсом для позитивних емоцій.

Встановлено, що найбільший відсоток лікарів мали неврастенічний і сенситивний тип ставлення до хвороби (по 20,6 %). У значній кількості лікарів (по 17,7 %) відмічені також гармонійний, ейфоричний і паранояльний типи ставлення; лікарі з меланхолічним, апатичним і егоцентричним типом ставлення до хвороби не виявлені. У пацієнтів найбільш часто зустрічається неврастенічний (21 %), сенситивний (19,4 %) і паранояльний (18,9 %) типи ставлення до хвороби; досить часто – «обсесійно-фобічний», «тривожний», «іпохондричний» – 13,3 %, 11,7 % та 11,7 % відповідно, а меланхолічний тип був відсутній.

Визначено загальні рівні напруги захисних механізмів пацієнтів –53,0; 43,4 та 47,0 у першій, другій та третій групах пацієнтів. Виявлене високе значення середнього рівня прояву захисних механізмів «витіснення», «регресії» та «заміщення» у першій групі пацієнтів у порівнянні з іншими двома групами. Це означає, що пацієнти цієї групи несвідомо користуються всіма типами викривлення інформації, що впливає на якість їхньої взаємодії з оточенням, в тому числі і з лікарями.

Показано, що при оцінці задоволеності пацієнтів взаємодією за шкалою «стосунки лікар-пацієнт» результати позитивно корелюють на 99% рівні значущості із результатами за шкалами «побутові умови» (0,660); «результати лікування» (0,654) та «стигматизація» (0, 526). Оцінки «стосунків лікар-пацієнт» (-0,182) та «результатів лікування» (-0,140) негативно корелюють із моделлю взаємодії «самотність», отриманою за проективною методикою.

Розвиток характеристик, які будуть сприяти впровадженню моделі партнерської взаємодії лікаря та пацієнта, зниженню напруги лікарів можна і необхідно здійснювати в спеціальних тренінгових програмах, призначених для медичного персоналу, що працює в сфері репродуктивного здоров'я. Програми повинні враховувати психологічні особливості діяльності медичних працівників та бути центрованими на індивідуальних потребах кожного лікаря, враховуючи його психологічні особливості, оскільки останні знаходять своє відображення у сприйманні та реагуванні пацієнтів на хворобу. Уявляється доцільним і навіть необхідним впровадження у вітчизняну медичну сферу Балінт-тренінгів [42], оскільки вони є безпечним і підтримуючим методом, що стимулює психологічні характеристики, які необхідні для налагодження ефективної взаємодії лікаря і пацієнта.

Стосовно моделі взаємодії, то вони різняться між трьома групами і, можна стверджувати, що лікарі із більш пригніченим психологічним станом (група №1) схильні до експертної, авторитетної позиції у взаємодії. Іншій групі (групі №2) притаманна партнерська взаємодія і лікарі в ній відрізнялись нижчим проявом як захисних механізмів,

так й емоційного вигорання. Група ж № 3 мала в активному використанні всі моделі, та характеризувалась найбільшим психологічним різноманіттям респондентів разом із їх нормальним рівнем прояву.

Показано, що існує досить багато статистично значущих відмінностей між пацієнтами різних регіонів, а отже пацієнтами різних лікарів.

Задоволеність роботою медичного персоналу по трьох групах статистично відрізняється, проте при попарному порівнянні цей зв'язок не виявляється досить сильним. Все ж пацієнти, що проходили лікування в Київській області, виявляють статистично більше задоволення роботою медичного персоналу, ніж пацієнти Чернівецької області.

Емоційна відчуженість більше характерна для пацієнтів Чернівецької (перша група) та Житомирської областей (третя група) разом. Ейфоричний же тип реагування більш характерний для пацієнтів Київської області порівняно з двома іншими.

Відміченій більш високий рівень «деперсоналізації» в першій (2,4) та в третій групі пацієнтів (2,1), порівняно із пацієнтками другої групи (1,7).

Виявлено, що незадоволеність собою та напруження, які негативно корелюють із задоволеністю взаємодією лікарів із пацієнтами, так само негативно корелюють із суб'єктивною задоволеністю пацієнтів процесом лікування. Це означає, що лікар, який перебуває у стані напруги, незадоволений собою (зниження рівня самооцінки), менш імовірно здатен до налагодження позитивного комплайенсу.

Показано, що задоволеність пацієнтів взаємодією залежить не лише від дій лікарів, але й в значній, подекуди значно більшій, мірі від психоемоційного та психосоматичного станів самих пацієнтів, що означає важливість набуття та опанування лікарем комунікативних навичок, емпатії тощо.

Встановлено, що захисні механізми особистості мають статистично значущий зв'язок із суб'єктивною задоволеністю лікуванням: чим в більшій мірі вони проявляються, тим нижча у осіб задоволеність лікуванням при взаємодії лікаря і пацієнта. Це означає, що вміння та навичка рефлексії лікарів може підвищувати показник задоволеності лікуванням пацієнтів. Формування такої навички потребує тривалого навчання у тренінгових програмах.

Важливо мати потужний засіб, за допомогою якого взаємодію між лікарями та пацієнтами можна контролювати і, при необхідності, поліпшувати. Для цього можливо також застосовувати принцип Балінт-групи, який був спочатку розроблений для поглиблення розуміння того, що відбувається між лікарем і його пацієнтом, але виявився корисним для контролю інтеракційних процесів в різних сферах. Позитивний досвід, що накопичений, дозволяє розширити цей вид навчання і застосовувати його разом із іншими формами

медичної підготовки. Але цінність тренінгів Балінта у програмах, що стосуються репродуктивного здоров'я, залишається не зовсім визначеною. Вони дійсно розвивають компетенції професіоналізму і навичку інтерперсональної взаємодії, комунікацію у гуманістичному середовищі. Однак, у зв'язку з тим, що Балінт-групи орієнтовані на процес, складно виміряти результати та вважати їх прямим наслідком Балінт-навчання. В той же час буде справедливим визнати, що Балінт-тренінг є безпечним і підтримуючим методом, що стимулює рефлексію, сміливі припущення та пропонує альтернативні підходи до ліквідації складних стосунків і налагодженні взаємодії з пацієнтами.

Слід наголосити на тому, що застосування міждисциплінарних досліджень або використання результатів досліджень з іншої сфери знань за новим призначенням є цілком виправданою ознакою сучасного наукового підходу до вивчення тих чи інших явищ. В зв'язку із цим видається актуальною та можливою екстраполяція результатів досліджень вітчизняних психологів (Ельконін Д.Б., Зінченко В.П., Виготський Л. С.) щодо взаємодії учня та вчителя на взаємодію лікаря та пацієнта [43, 226]. Адже у проведених ними дослідженнях вивчалася проблема активізації позиції учня з метою підвищення рівня результативності учбового процесу.

Ця ж сама проблема активізації постає і в медицині – налаштування пацієнта на активну позицію щодо лікування, його залучення у процес лікування повинні покращити лікувальний процес. Тим більше цей підхід видається необхідним, чим більше пацієнт стає споживачем медичних послуг – клієнтом, який самостійно обирає способи лікування, лікарів, медикаменти тощо.

Фахівці, які мають більш розвинені комунікативні навички та навички взаємодії, можуть визначити захворювання раніше, знизити цим витрати на лікування, попередити кризу, а також підтримати пацієнта. Все разом може призвести до вищої якості процесу лікування, його більшої результативності, підвищення задоволеності пацієнта, знизити вартість лікування, підвищити розуміння пацієнтом своєї медичної проблеми. В результаті ступінь залученості пацієнта у процес лікування підвищується [44]. На сьогодні в психології управління розглядається підхід, відповідно до якого у працівників необхідно розділяти поняття задоволеність роботою та залученість до неї. Видається доцільним розвивати у пацієнтів не лише риси, які сприяють появі задоволеності, а й допомагають залучити його в процес лікування. Медичним працівникам, як вже було зазначено вище, слід активізувати позицію пацієнта щодо лікування та розподілу відповідальності із лікарем за прийняті сумісні рішення та результати лікування.

Висновки. У лікувальних установах слід періодично виконувати огляди задоволеності пацієнтів лікуванням. Систематична і

стандартизована відповідь від пацієнтів дозволить використовувати отримані дані для вдосконалення психологічної складової медичної допомоги.

Розвиток характеристик, які сприятимуть впровадженню моделі партнерської взаємодії лікаря та пацієнта, зниженню напруги лікарів можна і необхідно здійснювати в спеціальних тренінгових програмах, призначених для медичного персоналу, що працює в сфері репродуктивного здоров'я.

При вирішенні проблеми активізації пацієнта, налаштування його на активну позицію щодо діагностики, лікування та профілактики хвороби видається актуальною та можливою екстраполяція результатів досліджень щодо взаємодії учня та вчителя на взаємодію лікаря та пацієнта.

Основні положення й висновки дисертаційного дослідження рекомендуються для використання сімейним лікарям та у закладах системи охорони здоров'я, які опікуються сферою репродукції та планування сім'ї.

Отримані дані також доцільно використовувати у навчальному процесі вищих медичних навчальних закладів України при викладанні таких дисциплін як медична психологія, психодіагностика, валеологія, медична генетика, акушерство та гінекологія.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ясько Б. А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации: Автореф. дис. докт. псих. наук/ Б. А. Ясько – Краснодар, 2004. – 45 с.
2. Аджиев М. Э. Анализ принципов организации управление качеством медицинской помощи / М. Э. Аджиев // Молодой ученый. – 2013. – №11. – С. 207-211.
3. Serour M. Difficult Patients or Difficult Doctors: An Analysis of Problematic Consultations / M. Serour, H. A. Othman, G. A. Khalifah// Eur. J. Gen. Med. – 2009. V.6, N 2. – P. 87-93.
4. Майоров М.В. К вопросу о повышении комплаенса в амбулаторной акушерско-гинекологической практике/ М.В. Майоров// Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2007. – № 1. - С. 68-70.
5. Ненарокомов А.Ю. Проблема медиализации в онкологии/ А. Ю. Ненарокомов, Д.Л. Сперанский// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. - № 10. – С. 35 – 37
6. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины/ Т. Гринхальх. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.
7. Панок В. Г. Основы практической психологии/ В. Г. Панок, Т. М. Титаренко, Н. В. Чепелева [та ін.] – Київ.: Либідь, 199. - 533 с.
8. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – К.: ДП Спеціалізоване видавництво «Либідь», 2003. — 376 с.
9. Wong S. Communication Skills and Doctor Patient Relationship / S. Wong, A. Lee //The Chinese University of Hong Kong Editorial Medical Bulletin. – 2006. – V.11, N. 3. – P. 7-9.

10. Аленинская О. А. Психолого-акмеологические условия развития гуманистической концепции пациента у врача: Автореф. дис. канд. псих. наук/ О.А.Аленинская. – Тамбов, 2008. – 17 с.
11. Grembovski D.E. Managed care, access to mental health specialists and outcomes among primary care patients with depressive symptoms/ D.E. Grembovski, D. Martin, D.L. Patrick [et. all]. – J. Gen. Intern. Med. – V. 17. – P. 258-269
12. Hall J. Physicians' liking for their patients: more evidence for the role of affect in medical care / J. Hall, A.Epstein, M.L. DeCiantis, B. McNeil // Health Psychol. – 1993 – № 12. – P. 140 – 146.
13. Hall J. Liking in the physician-patient relationship / J. Hall, T.G. Horgan, T.Stein, D.L. Roter. // Patient Educ. Couns. – 2002.– V.48. – P. 69-77.
14. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с.
15. Басин Ф. В. Проблема психологической защиты / Ф. В. Басин, М. К. Бурлакова, В.Н. Волков // Психологический журнал. – 1988 №3 – С. 30-31.
16. Демина Л.Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности/ Л.Д. Демина, И.А. Ральникова. – Изд-во Алтайского государственного университета, 200. – 123 с.
17. Богданова М.В. Психологические защитные механизмы (к пониманию взаимозависимости защитных систем: психологической и иммунной)/ М.В. Богданова // Вестник ТюмГУ. – 2005. – № 3. – С. 14– 18.
18. Богомолов А.М. Связь интенсивности психологической защиты личности с процессом самореализации/ А.М. Богомолов, А.Г. Портнова // Психологическая наука и образование. – 2004. – №2. – С. 27.
19. Стеблянко Ю.В. Роль и значение защитных механизмов в процессе стрессоустойчивости/ Ю.В. Стеблянко // Мир современной науки, 2011. – Вып. 3. – С.1-4.
20. Cramer J. A. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions/ J. A Cramer, A. Roy, A. Burrell [et al.]/ Value in Health. – 2008. – V. 11, N 1. – P. 44-47.
21. Саймон Г.А. Цит. за: Моргунов Е.Б. Модели и методы управления персоналом/ Е.Б. Моргунов. – М.: ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2001. – 464 с.
22. Ларичев О.И. Теория и методы принятия решений, а также Хроника событий в Волшебных Странах/ О.И. Ларичев. – М.: Логос, 2000. – 296 с.
23. Рябова М.Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушений репродуктивной функции / М.Г. Рябова// Вестник Тамбовского Университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2013. – № 9 (125). – С.190-198.
24. Kelly B. . Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis / B. Kelly, H. Zolnieriek, M. Robin, Di Matteo // Med. Care. –2009. – V.47, N8. – P. 826–834. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728700/>
25. Kruse J. Effects of a psychosocial education programme to improve doctor-patient interaction with cancer patients// J. Kruse, N. Schmitz , Wöller W, Clar B. [et al.] //Z. Psychosom. Med. Psychother. – 2003. – V.49, N3. P.232-245.
26. Kubacki A. What's important in the doctor–patient relationship?/ A. Kubacki// J. R. Soc. Med. – 2003. – V. 96, N 6. – P. 314.
27. Christopher R. Then a miracle occurs: focusing on behavior in social psychological theory and research: Purdue Symposium on Psychological

- Sciences / R. Christopher [et al.] // Oxford; New York: Oxford University Press, 2010. – 452, [58-65, 276-282] p.
28. Водопьянова Н.Е., Синдром выгорания/ Н.Е Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. – 358 [45-49] с.
 29. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с.
 30. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности/ Е.Т. Соколова. – М., 1980. – 178с.
 31. Осухова Н.Г. Возвращение к жизни: Методические материалы для ведущих тренингов и семинаров по профилактике профессионального выгорания / Н.Г Осухова, В.В. Кожевникова // Помощь помощнику: социально-психологическое сопровождение социальных работников / Под ред. Н.Г.Осуховой. – М.: Изд-во «Амиго-пресс», 2006. – С. 96-112.
 32. Юдин С.С. Мысли о медицине/ С.С. Юдин - М., 1968. - 80 с.
 33. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников /Л.Н. Юрьева. – К.: Издательство «Сфера», 2004. – 272 с.
 34. Ясько Б. А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации: Автореф. дис. докт. псих. наук / Б.А.Ясько – Краснодар, 2004. – 45 с.
 35. Чумакова Г.А. Синдром выгорания медицинских работников, Г.А. Чумакова, И.Е Бабушкин, Л.А. Бобровская. – М: Владос, 2003. – 76 с.
 36. Емоційне вигорання /упоряд. В. Дудяк. – К.: Главник, 2007. - 128 с.
 37. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В.Бойко. – СПб: «Сударыня», 2000. – 32 с.
 38. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л.И.Вассерман, Б.В.Иовлев, Э.Б.Карпова, А.Я. Вукс. – 2005. – 32 с.
 39. Исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн с элементами клинической беседы / Яньшин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. – СПб., 2004. – 320 с.
 40. Кауфман С. Х. Кинетический рисунок семьи/ С. Х. Кауфман, Р. С. Бернс. – М.: Изд-во: Смысл, 2006. – 160 с.
 41. Демина Л.Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности/ Л.Д. Демина, И.А. Ральникова. – Изд-во Алтайского государственного университета, 200. – 123 с.
 42. The effectiveness of Balint training for medical students. In The Doctor, the Patient and their Wellbeing - World Wide Proceedings of the 13th International Balint Congress /eds. Salinsky J., Owen H. Ruckzuckdruck, 2003. – P. 104-108.
 43. Выготский Л. С. Психология развития человека/ Л. С. Выготский. – М.: Изд-во СМЫСЛ; Изд-во ЭКСМО, 2005. – 1136 с.
 44. Fong Ha J. Doctor-Patient Communication: A Review /J.Fong Ha //The Ochsner Journal. – 2010. Academic Division of Ochsner Clinic Foundation [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ochsnerjournal.org/doi/pdf/10.1043/TOJ-09-0040.1>

REFERENCES

1. Jas'ko B. A. Psihologija medicinskogo truda: lichnost' vracha v processe professionalizacii: Avtoref. dis. dokt. psih. nauk/ B. A. Jas'ko – Krasnodar, 2004. – 45 с.
2. Adzhiev M. Je. Analiz principov organizacii upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshhi / M. Je. Adzhiev // Molodoj uchenyj. – 2013. – №11. – S. 207-211.
3. Serour M. Difficult Patients or Difficult Doctors: An Analysis of Problematic

- Consultations /M. Serour, H. A. Othman, G. A. Khalifah// Eur. J. Gen. Med. – 2009. V.6, N 2. – P. 87-93.
4. Majorov M.V. K voprosu o povyshenii komplajensa v ambulatornoj akushersko-ginekologicheskoj praktike/ M.V. Majorov// Medicinskie aspekty zdorov'ja zhenshhiny. – 2007. – № 1. - S. 68-70.
 5. Nenarokomov A.Ju. Problema medikalizacii v onkologii/ A. Ju. Nenarokomov, D.L. Speranskij// Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. – 2013. - № 10. – S. 35 – 37
 6. Grinhal'h T. Osnovy dokazatel'noj mediciny/ T. Grinhal'h. – M.: GJeOTAR-Media, 2006. – 240 s.
 7. Panok V. G. Osnovi praktichnoj psihologii/ V. G. Panok, T. M. Titarenko, N. V. Chepeleva [ta in.] – Kiiiv.: Libid', 199. - 533 s.
 8. Titarenko T. M. Zhittevij svit osobistosti: u mezhah i za mezhami budennosti / T. M. Titarenko. – K.: DP Specializovane vidavnictvo «Libid'», 2003. — 376 s.
 9. Wong S. Communication Skills and Doctor Patient Relationship / S. Wong, A. Lee //The Chinese University of Hong Kong Editorial Medical Bulletin. – 2006. – V.11, N. 3. – P. 7-9.
 10. Aleninskaja O. A. Psihologo-akmeologicheskie uslovija razvitija humanisticheskoi koncepcii pacijenta u vracha: Avtoref. dis. kand. psih. nauk/ O.A.Aleninskaja. – Tambov, 2008. – 17 c.
 11. Grembovski D.E. Managed care, access to mental health specialists and outcomes among primary care patients with depressive symptoms/ D.E. Grembovski, D. Martin, D.L. Patrick [et. all]. – J. Gen. Intern. Med. – V. 17. – P. 258-269
 12. Hall J. Physicians' liking for their patients: more evidence for the role of affect in medical care / J. Hall, A.Epstein, M.L. DeCiantis, V. McNeil //Health Psychol. – 1993 – № 12. – R. 140 – 146.
 13. Hall J. Liking in the physician-patient relationship / J. Hall, T.G. Horgan, T.Stein, D.L. Roter.// Patient Educ. Couns. – 2002.– V.48. – R. 69-77.
 14. Karvasarskij B.D. Medicinskaja psihologija / B.D. Karvasarskij. – L.: Medicina, 1982. – 272 s.
 15. Basin F.V. Problema psihologicheskoj zashhity / F.V. Basin, M. K. Burlakova, V.N. Volkov // Psihologicheskij zhurnal. – 1988 №3 – C. 30-31.
 16. Demina L.D. Psihicheskoe zdorov'e i zashhitnye mehanizmy lichnosti/ L.D. Demina, I.A. Raľnikova. – Izd-vo Altajskogo gosudarstvennogo universiteta, 200. – 123 s.
 17. Bogdanova M.V. Psihologicheskie zashhitnye mehanizmy (k ponimaniju vzaimozavisimosti zashhitnyh sistem: psihologicheskoj i immunnnoj)/ M.V. Bogdanova // Vestnik TjumGU. – 2005. – № 3. – S. 14– 18.
 18. Bogomolov A.M. Svjaz' intensivnosti psihologicheskoj zashhity lichnosti s processom samorealizacii/ A.M. Bogomolov, A.G. Portnova // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. – 2004. – №2. – C. 27.
 19. Stebljanko Ju.V. Rol' i znachenie zashhitnyh mehanizmov v processe stressoustojchivosti/ Ju.V. Stebljanko // Mir sovremennoj nauki, 2011. – Vyp. 3. – S.1-4.
 20. Cramer J. A. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions/ J. A Cramer, A. Roy, A. Burrell [et al.]// Value in Health. – 2008. – V. 11, N 1. – P. 44-47.
 21. Sajmon G.A. Cit. za: Morgunov E.B. Modeli i metody upravlenija personalom/ E.B. Morgunov. – M.: ZAO «Biznes-shkola «Intel-Sintez», 2001. – 464 s.
 22. Larichev O.I. Teorija i metody prinjatija reshenij, a takzhe Hronika sobytij v

- Volshhebnyh Stranah/ O.I. Larichev. – M.: Logos, 2000. – 296 s.
23. Rjabova M.G. Individual'no-psihologicheskie osobennosti zhenshhin s razlichnymi tipami narushenij reproduktivnoj funkcii / M.G. Rjabova// Vestnik Tambovskogo Universiteta. Serija: Gumanitarnye nauki. – 2013. – № 9 (125). – S.190-198.
 24. Kelly V. . Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis / B. Kelly, H. Zolnierek, M. Robin, Di Matteo // Med. Care. –2009. – V.47, N8. – P. 826–834. [Elektronnij resurs]. – Rezhim dostupu: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728700/>
 25. Kruse J. Effects of a psychosocial education programme to improve doctor-patient interaction with cancer patients// J. Kruse, N. Schmitz , Wöller W, Clar B. [et al.] //Z. Psychosom. Med. Psychother. – 2003. – V.49, N3. P.232-245.
 26. Kubacki A. What's important in the doctor–patient relationship?/ A. Kubacki// J. R. Soc. Med. – 2003. – V. 96, N 6. – P. 314.
 27. Christopher R. Then a miracle occurs: focusing on behavior in social psychological theory and research: Purdue Symposium on Psychological Sciences / R. Christopher [et al.] // Oxford; New York: Oxford University Press, 2010. – 452, [58-65, 276-282] r.
 28. Vodop'janova N.E., Sindrom vygoranija/ N.E Vodop'janova, E.S. Starchenkova. – SPb.: Piter, 2008. – 358 [45-49] s.
 29. Karvasarskij B.D. Medicinskaja psihologija / B.D. Karvasarskij. – L.: Medicina, 1982. – 272 s.
 30. Sokolova E.T. Proektivnye metody issledovanija lichnosti/ E.T. Sokolova. – M., 1980. – 178s.
 31. Osuhova N.G. Vozvrashhenie k zhizni: Metodicheskie materialy dlja vedushhijh treningov i seminarov po profilaktike professional'nogo vygoranija / N.G Osuhova, V.V. Kozhevnikova // Pomoshh' pomoshhniku: social'no-psihologicheskoe soprovozhdenie social'nyh rabotnikov / Pod red. N.G.Osuhovoj. – M.: Izd-vo «Amigo-press», 2006. – S. 96-112.
 32. Judin S.S. Mysli o medicine/ S.S. Judin - M., 1968. - 80 s.
 33. Jur'eva L.N. Professional'noe vygoranie u medicinskih rabotnikov /L.N. Jur'eva. – K.: Izdatel'stvo «Sfera», 2004. – 272 s.
 34. Jas'ko B. A. Psihologija medicinskogo truda: lichnost' vracha v processe professionalizacii: Avtoref. dis. dokt. psih. nauk / B.A.Jas'ko – Krasnodar, 2004. – 45 c.
 35. Chumakova G.A. Sindrom vygoranija medicinskih rabotnikov, G.A. Chumakova, I.E Babushkin, L.A. Bobrovskaja. – M: Vlados, 2003. – 76 s.
 36. Emocijne vigozanija / uporjad. V. Dudjak. – K.: Glavnik, 2007. - 128 s.
 37. Bojko V.V. Sindrom «jemocional'nogo vygoranija» v professional'nom obshhenii / V.V.Bojko. – SPb: «Sudarynja», 2000. – 32 s.
 38. Vasserman L.I. Psihologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni / L.I.Vasserman, B.V.Iovlev, Je.B.Karpova, A.Ja. Vuks. – 2005. – 32 s.
 39. Issledovanie samoocenki po Dembo-Rubinshtejn s jelementami klinicheskoi besedy / Janyshin P. V. Praktikum po klinicheskoi psihologii. Metody issledovanija lichnosti. – SPb., 2004. – 320 c.
 40. Kaufman S. H. Kineticheskij risunok sem'i/ S. H. Kaufman, R. S. Berns. – M.: Izd-vo: Smysl, 2006. – 160 s.
 41. Demina L.D. Psihicheskoe zdorov'e i zashhitnye mehanizmy lichnosti/ L.D. Demina, I.A. Ral'nikova. – Izd-vo Altajskogo gosudarstvennogo universiteta, 200. – 123 s.
 42. The effectiveness of Balint training for medical students. In The Doctor, the

Patient and their Wellbeing - World Wide Proceedings of the 13th International Balint Congress /eds. Salinsky J., Owen H. Ruckzuckdruck, 2003. – P. 104-108.

43. Vygotskij L. S. Psihologija razvitija cheloveka/ L. S. Vygotskij. – M.: Izd-vo Smysl; Izd-vo Jeksmo, 2005. – 1136 s.
44. Fong Ha J. Doctor-Patient Communication: A Review /J.Fong Ha //The Ochsner Journal. – 2010. Academic Division of Ochsner Clinic Foundation [Elektronnij resurs]. – Rezhim dostupu: <http://www.ochsnerjournal.org/doi/pdf/10.1043/TOJ-09-0040.1>

УДК 159.9:17.018.21:615.851

ПРИХОДЬКО А. Н.

КНУ имени Тараса Шевченка, г. Киев

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ КАК УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Психологическое осмысление подхода врача к пациенту – существенный фактор вовлечения пациента в сферу медицинской помощи. Цель работы заключалась в изучении психологических особенностей врача и пациента для оптимизации профилактики, диагностики и лечения в области репродуктивного здоровья. Впервые исследованы психологические особенности врачей, работающих в центрах планирования семьи и медицинской генетики, и их пациентов. Выборка составила 410 человек. Объект исследования - личность врача и пациента. Предмет - психологические характеристики врачей и пациентов в области планирования семьи и медицинской генетики. Установлены территориальные различия психологических особенностей врачей и их пациентов, установлены достоверные взаимосвязи выделенных психологических характеристик. Предложены стратегии оптимизации психологической составляющей лечебно-профилактического процесса.

Ключевые слова: *психологические особенности, взаимодействие врач-пациент, планирование семьи, профессиональное выгорание, защитные механизмы, удовлетворенность пациентов.*

UDC 159.9:17.018.21:615.851

A. M. PRYKHODKO

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv

**DOCTOR'S AND PATIENT'S PSYCHOLOGICAL TRAITS IN
THE FAMILY PLANNING AND MEDICAL GENETICS CENTERS
AS A CONDITION OF EFFECTIVE INTERACTION FORMATION**

Knowledge of patient's psychological traits helps doctor to involve the patient into medical care. The goal of the study was to choose the psychological characteristics of the patient and the doctor that may influence their interaction and find out the ways in which it can help in optimization of the given medical care on each stage: prevention, diagnosis and treatment in the area of reproductive health. Psychological characteristics of physicians working in family planning centers and medical genetics in Ukraine and their patients were analyzed for the first time. The number of participants was 410 people. The object of the study was doctor's and patient's personality. The subject of the research - psychological traits of physicians and patients in the field of family planning and medical genetics.

The territorial differences among doctors and their patients were observed. Reliable correlations between examined psychological characteristics were found. It also had been shown that patient's satisfaction depends not only on doctor's traits, but also on their own psycho-emotional condition. It emphasizes the importance of doctor's understanding, taking in account of this factors and knowing what to do with it. Gathered data should be used in educational programs for medical employee, starting from the first years of medical school. The strategies for optimization of psychological component of preventive-treatment process in medical care were proposed.

Keywords: *psychological traits, "doctor-patient" interaction, family planning, workplace burnout, defense mechanisms, patient's satisfaction.*