

УДК 613.86:378.046.4:616-0.89.5

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.16.6.2020.216507>

Усенко Л.В., Мальцева Л.А., Канчур Т.В., Панченко Г.В., Белоцерковец О.В., Усенко А.А.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина
ООО «Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины», г. Днепр, Украина

Место коммуникативных навыков в клинической практике врача-анестезиолога

Резюме. В статье рассмотрены проблемы общения анестезиолога с пациентом и его родственниками в ключе возрастающего давления и повышения требований общества к медицинским работникам. С учетом особых условий и специфики работы врача-анестезиолога отмечена важность совершенствования навыков коммуникативной компетентности, приведены ключевые рекомендации из «Полного руководства по навыкам общения в клинической практике», рассмотрены особенности общения в периоперационном периоде и во время пребывания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Во время периоперационного общения важно не только оценить состояние здоровья пациента и его готовность к оперативному вмешательству, но и заручиться доверием пациента, создать ощущение неусыпного врачебного контроля, максимально снизить уровень тревоги, сформировать партнерские взаимоотношения. Условия ОРИТ специфичны, для анестезиолога сложность общения связана с тяжестью состояния пациентов, наличием у них разного уровня сознания, которое может быть угнетено вследствие основного заболевания или на фоне седативных препаратов. Для пациента пребывание в ОРИТ — источник нравственных страданий и страха, это затрудняет сотрудничество с медицинским персоналом. Отдельно рассмотрены вопросы психологии медицинского персонала, подчеркнута важность профессионального сострадания, проведения манипуляций в оптимально комфортных и безопасных условиях. Работа в условиях постоянного стресса требует от врача-анестезиолога высокого профессионализма, морально-нравственной стойкости, навыков коммуникативной компетентности. Качественное общение с пациентом и его родственниками — значимый компонент многогранной профессии врача-анестезиолога, который позволяет найти правильные грани взаимодействия с коллегами, пациентами и осознать свою роль в сохранении личного и общественного здоровья.

Ключевые слова: общение; коммуникативная компетентность; анестезиолог и пациент

Какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, человек всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание.

Антуан де Сент-Экзюпери

В современных условиях для успешной профессиональной деятельности врача любой специальности все большее значение имеет развитие коммуникативных навыков, особенно при общении с пациентами и членами их семей, потому что успех лечения в равной степени зависит как от точности и своевременности диагностики, правильности выбранной лечебной тактики,

так и от партнерских взаимоотношений между врачом и пациентом [1].

Качество общения несет на себе отпечаток общечеловеческих ценностей, результатов и стандартов врачебной деятельности. Оно важно и для профессиональной деятельности врача, и для безопасности и успешного, удовлетворяющего пациента лечения.

© «Медицина невідкладних станів» / «Медицина неотложных состояний» / «Emergency Medicine» («Medicina neotložnyh sostojanj»), 2020

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2020

Для корреспонденции: Мальцева Людмила Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и интенсивной терапии, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», ул. Вернадского, 9, г. Днепр, 49044, Украина; e-mail: anest@dsma.dp.ua

For correspondence: L. Maltseva, MD, PhD, Professor at the Department of anesthesiology and intensive therapy, State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Vernadsky st., 9, Dnipro, 49044, Ukraine; e-mail: anest@dsma.dp.ua

Этим обусловлена необходимость изучения структуры и функций профессионального общения во время обучения будущего врача с последующим совершенствованием коммуникативных навыков на последипломном уровне [1–3].

В ряде стран обучение коммуникативным приемам проводится в медицинских вузах со сдачей специального экзамена. Такие знания считаются неотъемлемой частью медицинского образования. Так, в США выпускники медицинских вузов сдают экзамены, на которых с помощью актеров демонстрируют свои навыки общения с больным [4].

При этом исходят из того, что пациенты являются не просто объектом медицинского наблюдения, но и непосредственными участниками лечебного процесса [5, 6]. Это делает отсутствие коммуникативных навыков у медицинских работников неприемлемым, что находит подтверждение в публикациях, посвященных оценке пациентами уровня квалификации врача, в которых они на первое место ставят отношение врача к пациенту, а затем его опыт и результаты лечения [7].

Наряду с этим коммуникативная компетентность играет важную роль в предотвращении жалоб и конфликтных ситуаций [8].

Общение (от лат. *communicare*) — сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми (межличностное общение) и группами (межгрупповое общение), порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий как минимум три различные составляющие:

- коммуникацию (обмен информацией);
- интеракцию (обмен действиями);
- социальную перцепцию (восприятие и понимание партнера) [9].

Коммуникативная компетентность — это способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которые предполагают достижение взаимопонимания между партнерами по общению, осознание ситуации и предмета общения.

А. Шмаков и В. Кохно рассматривают коммуникативную компетентность как систему внутренних ресурсов, направленную на построение эффективной коммуникации в случае межличностного взаимодействия пациента и медицинского работника, с учетом как индивидуальных особенностей психики пациента, так и психологических свойств медицинского работника [10].

Общение не ограничивается словами. Имеют значение поведение, привычки, внешний вид, межличностные навыки.

Отправной точкой для совершенствования профессионального общения становится осознание индивидуальных моделей речи и поведения, то есть умелое сочетание вербальной и невербальной коммуникации [11].

В «Полном руководстве по навыкам общения в клинической практике» (*The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice*) (Baile W.F., 2014) представлены специально разработанные протоколы (пошаговые модули) для развития и совершенствования

навыков общения с пациентами и членами их семей в различных ситуациях, включающие 5 ключевых шагов:

- использование благоприятной обстановки для общения;
- проявление навыков внимательного выслушивания больного;
- осознание своих эмоций и овладение ими (правило шести секунд); проявление эмпатии, стремление избегать обострения конфликта;
- выбор стратегии конкретных мероприятий;
- краткое подведение итогов с предложением плана последующих медицинских действий, понятного и приемлемого для пациента [12].

В клинической практике врача-анестезиолога в отличие от врачей других медицинских направлений имеются свои особенности в профессиональном, психологическом и философском плане, обусловленные спецификой специальности.

Анестезиология-реаниматология относится к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности, в максимальной степени насыщенной стрессогенными факторами [13–15].

Работа врача-анестезиолога многогранна, многозадачна, высокотехнологична, характеризуется повышенным уровнем психоэмоционального напряжения (вплоть до развития синдрома профессионального выгорания) ввиду необходимости быстро принимать ответственные решения, от которых порой зависит жизнь пациента. Напряженность в работе связана с постоянным увеличением функциональной нагрузки вследствие повышения хирургической активности и увеличения числа оперируемых больных с тяжелой сопутствующей патологией, исключительной тяжестью больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), не всегда при достаточных диагностических и терапевтических возможностях [16–18]. Это сопровождается дефицитом времени, уменьшением возможности для общения с пациентами и их родственниками.

Все чаще об этом пишут в периодической медицинской печати. «На жаль, сучасний лікар настільки завантажений, що йому часто бракує часу та сил на звичайне спілкування з пацієнтом. А хворі цього дуже потребують», — отмечает в своей статье О. Борович [19].

При этом следует учесть и то, что анестезиологи сталкиваются со специфическими ситуациями в общении, не характерными для других медицинских специальностей [20].

Вышесказанное свидетельствует о существенном возрастании роли коммуникативной компетентности врача-анестезиолога как в плане лечебного психологического воздействия на пациента для повышения качества оказываемой медицинской помощи, так и для уменьшения числа жалоб и конфликтных ситуаций [21, 22].

Особенности профессионального общения анестезиолога с пациентом и членами его семьи рационально рассмотреть при проведении анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств и при оказании медицинской помощи в условиях ОРИТ.

При анестезиологическом обеспечении оперативных вмешательств взаимодействие анестезиолога с пациентом является крайне важной частью периоперационного периода и направлено на установление контакта с пациентом уже при первом общении накануне операции. При этом необходимо не только составить представление о болезни, ее конкретных проявлениях, наличии сопутствующих заболеваний, но и определить особенности личности больного, заложить основы сотрудничества, основанные на доверии, что является обязательным компонентом лечебно-диагностического процесса [23].

Взаимоотношения врача и пациента — это часть терапии, а их сотрудничество — важнейшее условие успешного лечения.

Каждое заболевание, требующее оперативного вмешательства, влияет на психологическое состояние человека, меняет его поведение и сопровождается типичными формами психологического реагирования и отношения к болезни в зависимости от ее характера и тяжести.

В связи с этим к каждому пациенту необходим индивидуальный подход, индивидуальная форма общения и меры профессионального психотерапевтического воздействия.

В ходе обезболивания изменяется уровень сознания, сокращаются языковые возможности, происходит воздействие на память, уменьшается самостоятельность действий. Во время общей анестезии сознание временно утрачивается, фиксируемые мониторами данные физиологического состояния больного позволяют анестезиологу судить о больном скорее как о биологическом объекте, а не как о личности. Это обуславливает особенности и трудности общения с пациентом на разных этапах анестезиологического обеспечения: предоперационном, интраоперационном и послеоперационном.

В предоперационном периоде общение с пациентом имеет несколько целей:

- определение уровня здоровья и установление гарантированной физической готовности к оперативному вмешательству, оценка степени анестезиологического риска и выбор определенного вида анестезии;
- составление и согласование с пациентом плана анестезиологического пособия с получением его информированного согласия;
- уменьшение физиологических и психологических последствий страха и тревоги;
- планирование послеоперационного ухода и обезболивания [24, 25].

Достижение каждой из этих целей требует отточенных коммуникативных навыков, так как анестезиологу при предоперационном общении предстоит не только оценить физическое и психологическое состояние больного, но и ответить на множество вопросов — его и его близких, желающих получить уверенность в обеспечении безопасного и эффективного обезболивания.

Качественное профессиональное общение позволяет анестезиологу учесть психологические особенности больного, обусловленные как основным заболеванием, так и сопутствующими, а также направить свои

усилия на снижение характерного для большинства пациентов чувства страха, тревоги и других соматогенно обусловленных нарушений психики, которые чаще встречаются при сердечно- и церебрососудистых заболеваниях (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная патология), а также у пациентов пожилого возраста.

У всех этих пациентов имеет место более частое проявление раздражительности, тревоги, беспокойства, депрессивного состояния различной степени выраженности. Они трудны в общении, требуют к себе повышенного внимания.

При общении с такими пациентами следует проявлять терпение, понимание их эмоционального состояния, сочувствие и сопереживание, быть особенно внимательными.

Установлению хорошего психологического контакта с пациентом, вызывающего доверие к врачу и удовлетворение от общения с ним, способствует доброжелательный, успокаивающий характер беседы, способность врача вступать в контакт с больным, объяснять обсуждаемое просто и доступно для понимания пациента с возможным учетом его пожеланий, так называемое мягкое общение — «soft skills» [26]. Логическим завершением этой беседы является подписание пациентом информированного решения по выбору предполагаемого вида анестезии.

Кроме эмоционально-личностных изменений, особенно у пожилых пациентов, наблюдается снижение умственной работоспособности [27]. Это требует дополнительного нейропсихологического обследования и целенаправленных усилий в раннем послеоперационном периоде с целью профилактики стойких когнитивных расстройств в отдаленном послеоперационном периоде [28, 29].

Устное общение с пациентом может быть дополнено письменной информацией (информационное письмо), лучше просмотром информационного видео. S.Y. Lin et al. (2016) в рандомизированном исследовании показали в этих случаях достоверное снижение уровня предоперационной тревоги и повышение доверия пациентов к врачу [30].

Умелое сочетание вербальной и невербальной коммуникации уменьшает стресс, снижает чувство страха и тревоги, сокращает количество необходимых медикаментов.

В интраоперационном периоде важно при поступлении больного в операционную и в ходе индукции анестезии поддерживать с ним общение, объясняя некоторые проводимые мероприятия и незнакомые ему ранее ощущения. Это помогает пациенту осознать наличие врачебного контроля за его состоянием, что приносит ему успокоение и повышает доверие к врачу.

С наступлением наркоза психология больного трансформируется. Изменяется и восприятие больного медицинским персоналом. Фокус внимания с его личности смещается на физиологические параметры организма. Больной рассматривается скорее как биологический объект. Две взаимосвязанные сущности — физиологическая и психологическая — разделяются. Анестезиолог принимает на себя ответственность за

защиту психологической сущности с помощью ухода за сущностью физиологической [31].

Считают, что в это время личностная составляющая больного уходит на второй план и становится объектом клинической работы. При этом в операционной меняется атмосфера: повышается уровень шума, увеличивается количество тем для обсуждения, они становятся менее обдуманными и менее техническими, уменьшается восприятие больного как личности.

Вместе с тем ошибочно считать, что во время наркоза больной не слышит и не запоминает. Американская ассоциация анестезиологов проанализировала 4183 жалобы больных, перенесших оперативное вмешательство в условиях общей анестезии, с целью выявления уровня интраоперационной осведомленности и установила, что в 2 % случаев больные жаловались на наличие сознания во время наркоза. Такой инцидент может стать источником страданий пациента, развития осложнений в послеоперационном периоде и закончиться судебным иском [32].

В связи с этим даже после введения больного в наркоз следует придерживаться в операционной принятых норм общения. Анестезиолог и члены хирургической бригады должны разговаривать так, будто больной все слышит.

В послеоперационном периоде общение врача с больным восстанавливается поэтапно. Это требует от врача во время выхода больного из наркоза правильной организации координирующих мер для возвращения пациента к статусу личности.

При появлении осознанности мнестические функции восстанавливаются лишь частично. Большинство ответов больного на обращение врача являются только сигналами того, что выход из наркоза проходит по плану, с минимальным остаточным действием использованных во время общей анестезии лекарственных средств, которые могут оказывать влияние на процессы мышления, запоминания и психический статус.

В это время такие психологические события, как боль, автономные реакции, активные действия, в значительной степени управляются медиками. Возвращение к формальному общению пациента и врача-анестезиолога происходит как бы авансом, до полного восстановления сознания и автономии.

Постепенно восстанавливают ориентировку во времени и пространстве, задавая соответствующие вопросы.

Последствия продолжающегося анксиолитического, ослабление сознания, функций памяти требуют дальнейшего наблюдения и контроля до момента полного восстановления этих функций, когда становится возможным обсуждение с пациентом вопросов медицинского и личного характера.

Общение анестезиолога с пациентом является ключом к лечению неосложненных послеоперационных расстройств сознания. При этом словесное воздействие может быть успешным лишь в случае исключения серьезных причин дезориентации больного.

Желательно общение анестезиолога с пациентом на следующий день после наркоза, которое проходит, как правило, в условиях ОРИТ или профильного хирургического отделения. Это дает врачу возможность

ответить на вопросы пациента, оценить его состояние, найти доказательства связанных с наркозом травм и других осложнений и в соответствии с этим внести свои рекомендации по дальнейшему лечению.

Общение врача с пациентом в этот период может стать мерилем успеха и удовлетворения пациента проведенным анестезиологическим пособием.

В условиях отделения интенсивной терапии и реанимации общение врача-анестезиолога с пациентом имеет свои проблемы и сложности, обусловленные спецификой работы в таких отделениях: высокой загруженностью медицинского персонала, технологическими особенностями работы с аппаратурой, тяжестью больных, часто поступающих в критическом состоянии, с различным уровнем сознания, необходимостью срочных диагностических и лечебных мероприятий. Это минимизирует возможность вербального контакта с больным, а в ряде случаев вообще делает его невозможным ввиду тяжести состояния пациента [33].

При этом общение проходит на фоне действия используемых для лечения медикаментозных средств, некоторые из которых могут оказывать влияние на уровень сознания, память, другие психические функции.

Важно отметить и ряд специфических условий для пациента, влияющих на процесс его общения с медицинским персоналом: нравственные страдания, связанные с отпращиванием естественных потребностей в присутствии персонала, с осмотрами врачей и манипуляциями; возможность наблюдения за процессом интенсивной терапии, реанимации и умирания других пациентов, что влияет на психоэмоциональное состояние больного; чувство ущемленности в вопросах выбора врача, пребывания и перевода из отделения; реальная опасность получения разноречивой информации о собственном состоянии здоровья и прогнозе заболевания, что вызывает у пациента чувство страха, тревоги и беспокойства.

Вышеприведенное определяет следующие цели в ОРИТ:

- обеспечение реализации диагностических и лечебных действий в оптимально комфортных и безопасных условиях;

- улучшение состояния пациента путем устранения последствий, связанных с имеющейся у него патологией, таких как боль, страх, возбуждение, способных иметь неблагоприятные психологические эффекты, используя при этом и вербальную коммуникацию с больными [34].

Боль вместе с присущим чувством страха может привести к отказу больного от ухода за ним, прекращению сотрудничества с врачом и медицинским персоналом, росту агрессивности.

Для преодоления страха на фоне устранения боли можно в зависимости от обстоятельств применять два эволюционно сформировавшихся способа — активный и пассивный.

Активный способ основан на действии пугающего фактора, с тем чтобы выработать способы нейтрализации вреда. Он полезен, но при умелом руководстве со стороны.

Активное преодоление страха для взрослых, как правило, процесс сознательный. В условиях ОРИТ

больной стремится устранить неприятное для него положение вещей: удалить инородное тело (интубационную трубку, повязку, дренаж, зонд, электроды), изменить положение тела.

При пассивном способе пациент как бы пытается спрятаться от потенциального вредного фактора за счет таких возможностей: угнетение сознания, судороги, гипертермия, анорексия, психический негативизм, нарушение сердечного ритма и другие. Все эти реакции не только неэффективны, но и могут причинить больному больший вред, чем основное заболевание.

Возможные варианты реакции медперсонала:

- окрик или другие формы командования с оттенком подбадривания и жесткого убеждения;
- мягкая фиксация для невозможности «неправильных» движений пациента;
- тотальная миорелаксация;
- повышение комфортности агрессивных манипуляций (обезболивание, подогревание инородных предметов, смазывание вводимых трубок, защита кожи и слизистых, словесное и эмоциональное убеждение в необходимости манипуляций);
- медикаментозная седация и аналгезия.

Первые три варианта являются агрессивными, они подталкивают пациента в сторону сопротивления, что неизбежно ухудшает прогноз. Полный отказ от них невозможен, они применяются ограниченно. Жесткое командование рекомендуется применять по отношению к пациентам, выходящим из комы, с целью выявления сознания. При этом команды должны быть простыми, выполнимыми при минимальном участии коры головного мозга.

Заслуживает внимания использование легкой седации (анксиолитика), которая позволяет создавать максимально комфортные и безопасные условия для проведения медицинских процедур; при этом больной спокоен, речь и сознание сохранены, что позволяет ему взаимодействовать с врачом и медицинским персоналом [35–37].

Значительной проблемой в ОРИТ является полная зависимость пациента от медицинского персонала. Она включает такие важные компоненты, как отношение к пациенту, у которого предполагается отсутствие сознания, психология персонала и сострадание.

Говоря об отношении медицинского персонала к таким пациентам, следует исходить из того, что анестезиолог в условиях ОРИТ чаще встречается с пациентами с отсутствующим сознанием вследствие коматозного состояния или под воздействием лекарственных средств. При этом неизвестно, насколько полно и точно судят об окружающем пациентом, кажущиеся безучастными. Отсутствие внешних психических реакций у такого пациента не всегда означает отсутствие психической деятельности. Зафиксированы случаи, когда пациенты после выхода из длительной комы хорошо ориентировались в фамилиях и именах врачей и медсестер, в нюансах взаимоотношений в отделении, помнили отдельные события, происходившие вокруг них в период комы [10, 38]. Это требует такого отношения к пациенту, как будто он в ясном сознании.

Условия работы в ОРИТ могут влиять на психологию медицинского персонала, когда притупляется чувство сострадания к пациенту, восприятие умирающего больного. Такая психологическая деформация чаще возможна у медсестер, так как они выполняют 80 % работы с пациентом [38, 39].

Это особенно опасно в нынешних условиях научно-технического прогресса, когда существенно выросла власть врача над жизнью и смертью в современных реалиях обнищания духовной жизни и снижения морально-этического уровня общества [21].

Поэтому так значимы, наряду с профессионализмом, высокие морально-нравственные качества врача, неотъемлемым компонентом которых является сострадание как важнейший прием, помогающий врачу расположить к себе пациента. Зная принципы общения, он задает его структуру, а следуя принципам этики, понимает, как именно реагировать на слова пациента.

В целом профессиональное сострадание врача-анестезиолога прежде всего заключается в своевременной и последовательной реализации мер, направленных на устранение угрозы жизни пациента [40].

Тяжелой травмирующей ситуацией является объяснение родственникам пациента причины его смерти, когда, несмотря на все усилия коллектива, наступил летальный исход заболевания. Она сопровождается высоким психоэмоциональным напряжением врача-анестезиолога и при этом требует от него проявления в общении с родственниками пациента особого такта, сочувствия и сопереживания [22].

Индивидуальный подход, проявление спокойствия, сострадания, умение подавлять избыточную эмоциональность улучшают общение. Хорошие коммуникативные навыки предупреждают жалобы и судебные иски.

В заключение следует отметить, что коммуникативная компетентность является значимой составляющей многогранной профессии врача-анестезиолога, требующей владения разнообразными навыками общения, которые позволяют найти правильные грани в отношениях с коллегами и пациентами, а также осознать свою роль в сохранении как личного, так и общественного здоровья.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов и собственной финансовой заинтересованности при подготовке данной статьи.

Список литературы

1. Селезнев С.Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2011. № 4 (9). URL: <http://medpsy.ru>
2. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.* Ленинград: Медицина, 1983. 312 с.
3. Пирог Л. *Підручник з лікарської етики.* Світове лікарське товариство. За ред. академіка АМН України Любомира Пирога; пер. з 2-го англ. видання. 2009. 138 с.

4. Parang N. Mehta. *Communication Skills. Talking to Patients. Indian Pediatrics* May. 2014. Vol. 51. № 5. P. 41-44.
5. Васильева Л.Н. Коммуникативная компетентность в профессиональном и личностном становлении будущего врача: Автореферат дис... канд. психол. наук. Кострома, 2010.
6. Аканов А.А. Модель медицинского образования Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендирова — коммуникативные навыки выпускника. Под ред. А.А. Аканова, О.М. Мирзабекова, К.А. Тумбаева и др. 2011. 126 с.
7. Решетников А.В. Методика проведения медико-социологического исследования. М., 2013.
8. Каплунов К.О. Оптимизация отношений врача и родственников ребенка-пациента в клинике детских инфекций: Автореферат дис... канд. мед. наук. Волгоград, 2014. С. 25.
9. Бадалев А.А. Психология общения. Энциклопедический словарь. Под общей редакцией А.А. Бадалева. М.: Когито-центр, 2015. 672 с.
10. Шмаков А., Кохно В. Этические и деонтологические проблемы в анестезиологии и реаниматологии. Танатотерапия. Хрестоматия по танатотерапии. <http://tanatoterra.com/index.php?art=240>
11. Морозов В. Невербальная коммуникация. Экспериментально-психологическое исследование. М.: Когито-центр, 2015. 592 с.
12. Bail W.F. *The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice. Program*. 2014. 34 p.
13. Мазурок В.А., Решетова Т.В., Лебединский К.М., Кузнецова О.А., Корзулин В.А., Павлов А.С. Врач анестезиолог-реаниматолог: проблемы подготовки и обеспечения профессиональной деятельности. *Клиническая анестезиология и реаниматология*. 2006. Т. 164. № 4. С. 54-59.
14. Кузнецова О.А. Психологические особенности развития и коррекции синдрома профессионального выгорания у врачей-анестезиологов. СПб., 2012. 177 с.
15. Баклаев А.В., Смирнов И.В., Мизаков В.М., Буянтян А.А. Информационный стресс анестезиологов-реаниматологов. *Анестезиология и реаниматология*. 2002. № 2. С. 4-9.
16. Коряхова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю., Новикова И.А. Психологические факторы выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов. *Электронный журнал «Клиническая и специальная психология»*. 2019. Т. 8. № 2. С. 16-37.
17. Вашадзе Ш., Кекенадзе М. Выгорание у медицинских работников. *Медицина неотложных состояний*. 2019. № 1 (96). С. 139-141.
18. Веденко Б.Г. Лікар — хворий, межа поведінки (Думка звичайних лікарів). *Новости медицины и фармации*. 2010. № 22 (350). С. 20-21.
19. Борович О. Сучасному лікарю бракує часу на спілкування з пацієнтом. *Ваше здоров'я*. 2020. № 1-2 (1545-1546). С. 22-23.
20. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больным. *Vidapest: Academiani Kiado*, 1974. 286 с.
21. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. *Вопросы философии*. 1994. № 3. С. 67-72.
22. Казаков В.Н. *Размышления о медицине (философия естествознания)*. Книга первая. Донецк: Ноулидж (Донецкое отделение), 2010. 419 с.
23. Винсент Дж. Копп, Одри Шэфер. *Анестезиологи и периоперативное общение (общение во время операции)*. *Анестезиология*. 2000. Т. 93. № 2. <https://www.critical.ru/actual/etica/communication.htm>.
24. *Encyclopedia Britannica. Patient Rights*. <https://www.britannica.com/science/health-law/patients-rights#ref973958>.
25. Leigh J.M., Walker J., Janaganathan P. *Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety*. *Br. Med. J.* 1977 Oct 15. 2 (6093). P. 987-989.
26. Багиярова Ф.А., Курбанова А.О. Проблемы формирования коммуникативных навыков в педиатрической практике. *Вестник Казанского национального медицинского университета [эл. ресурс]*. URL: <https://kazntu.kz/press/2014/09/25/>.
27. Усенко Л.В., Канюка Г.В., Оленюк Д.В., Силкина Ю.В., Абрамов А.В., Неханевич О.Б., Усенко А.А. Состояние когнитивных функций у лиц пожилого возраста, современные возможности их сохранения (современный взгляд и личный опыт): Метод. реком. Изд. 2-е, переработанное и дополненное. Днепр, 2018. 42 с.
28. Усенко Л.В. *Послеоперационная когнитивная дисфункция в практике врача-анестезиолога. Медицина неотложных состояний*. 2017. № 4 (83). С. 9-15.
29. Усенко Л.В., Тютюнник А.Г., Халимончик В.В. Профилактика и коррекция послеоперационной когнитивной дисфункции у больных, перенесших каротидную эндартерэктомия в условиях общей анестезии. *Нейронауки: теоретичні та клінічні аспекти*. 2013. № 1-2. С. 11-16.
30. Lin S.Y. *The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety: A randomised study*. Lin S.Y., Huang H.A., Lin S.C., Huang Y.T., Wang K.Y., Shi H.Y. *Eur. J. Anaesthesiol*. 2016 Feb. 33 (2). P. 134-139.
31. Lennmarken C., Bildfords K., Enlund G., Samuelsson G., Sandin R. *Victims of awareness*. *Acta Anaesthesiol. Scand*. 2002 Mar. № 46 (3). P. 229-231.
32. Американская ассоциация анестезиологов. *Официальный сайт*. <https://www.asahq.org/>.
33. Черняховский Ф.Р. *Организация отделения анестезиологии-реаниматологии*. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1992. 191 с.
34. Потиевский В.И., Гридчик И.Е., Грицан А.И., Еременко А.А., Заболотских И.Б., Козлов И.А., Лебединский К.М., Левит А.Л., Мазурок В.А., Молчанов И.В., Николаенко Э.М., Овечкин А.М. *Седация пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Клинические рекомендации ФАР. Анестезиология и реаниматология*. 2018. 63 (2). С. 165-175.
35. Овечкин А.М., Кориенко П.А., Заболотских И.Б., Уваров Д.Н. *Аналгезия и седация в интенсивной терапии*. В кн.: «Интенсивная терапия. Краткое издание». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. С. 152-164.
36. Riker R.R., Fraser G.L. *Altering intensive care sedation paradigms to improve patient outcomes*. *Crit. Care Clin*. 2009. № 25 (3). P. 527-538.
37. Козлов И.А. *Современные подходы к седации в отделениях реанимации и интенсивной терапии*. *Мед. алфавит. Неотложная медицина*. 2013. № 1 (8). С. 22-31.
38. Проценко Д.Н. *Пациент в ОРИТ: личность или объект?* <https://www.youtube.com/watch?v=x3qUKe2OSStg>.
39. Димитрова Л.В., Двуреченская В.М., Мансурова О.В., Уварова Г.Н. *Профессиональная деформация личности медсестер разных профилей*. *Мед. сестра*. 2014. № 1. С. 50-53.
40. Яровинский М.Я. *Размышления о морали, этике, биоэтике*. *Мед. помощь*. 1999. № 4. С. 43-47.

Получено/Received 20.06.2020

Рецензировано/Revised 01.07.2020

Принято в печать/Accepted 03.07.2020

Усенко Л.В., Мальцева Л.А., Канчура Т.В., Панченко Г.В., Білоцерківець О.В., Усенко А.А.
 ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна
 ТОВ «Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини», м. Дніпро, Україна

Місце комунікативних навичок у клінічній практиці лікаря-анестезіолога

Резюме. У статті розглянуті проблеми спілкування лікаря-анестезіолога з пацієнтом і його родичами в розрізі зростаючого тиску і підвищення вимог суспільства до медичних працівників. З урахуванням особливих умов і специфіки роботи лікаря-анестезіолога зазначена важливість удосконалення навичок комунікативної компетентності, наведені ключові рекомендації з «Повного керівництва по навичках спілкування в клінічній практиці», розглянуті особливості спілкування в періопераційному періоді й під час знаходження пацієнта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ). Під час передопераційного спілкування важливо не лише оцінити стан здоров'я пацієнта і його готовність до оперативного втручання, але й заручитися довірою, створити відчуття постійного лікарського контролю, максимально знизити рівень тривоги, сформувані партнерські стосунки. Умови ВРІТ специфічні, для анестезіолога складність спілкування пов'язана з тяжкістю стану пацієнтів, із наявністю

в них різного рівня свідомості, яка може бути пригнічена внаслідок основного захворювання або на фоні седативних препаратів. Для пацієнта знаходження у ВРІТ — джерело моральних страждань і страху, це погіршує співпрацю з медичним персоналом. Окремо розглянуті питання психології медичного персоналу, підкреслена важливість професійного співчуття, проведення маніпуляцій у максимально комфортних і безпечних умовах. Робота в умовах постійного стресу потребує високого професіоналізму, моральної стійкості, навичок комунікативної компетентності. Якісне спілкування з пацієнтом і його родичами — значущий компонент багатогранної професії лікаря-анестезіолога, що дозволяє знайти правильні грані взаємодії з колегами та пацієнтами, усвідомити свою роль у збереженні особистого і громадського здоров'я.

Ключові слова: спілкування; комунікативна компетентність; анестезіолог і пацієнт

L.V. Usenko, L.A. Maltseva, T.V. Kanchura, G.V. Panchenko, O.V. Belotserkovets, A.A. Usenko
 State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine
 Dnipro Medical Institute of Traditional and Non-Traditional Medicine, Dnipro, Ukraine

The place of communication skills in the clinical practice of an anesthesiologist

Abstract. The article considers the problems of anesthesiologist's communication with the patient and his relatives in terms of increasing pressure and increasing demands of society on the health workers. The importance of improving communication skills are highlighted taking into account the special conditions and specifics of the job of an anesthesiologist. Key recommendations from "Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice" are given, and communication features in the perioperative period and during the patient's stay in the intensive care unit are considered. During perioperative communication, it is important not only to assess the patient's state of health and readiness for surgery, but also to gain trust, to create a feeling of constant medical supervision, to minimize anxiety as much as possible, to form a partnership. The working conditions of the intensive care unit are specific, and the difficulty of communication for an anesthesiologist is associated with the severity of the

patients' condition, their different levels of consciousness, which can be suppressed due to the underlying disease or the sedative drugs. For the patient, staying in the intensive care unit is a source of mental suffering and fear, which impairs cooperation with medical staff. The psychology of the medical staff was discussed separately, and the importance of professional compassion and manipulation in optimally comfortable and safe conditions was emphasized. Working under constant stress requires high professionalism, moral fortitude and communication skills. High-quality communication with the patient and his relatives is a significant component of the multifaceted profession of an anesthesiologist, which allows finding the correct points of contact with colleagues, patients, and to understand own role in maintaining personal and public health.

Keywords: communication; communicative competence; anesthesiologist and patient