

**Комунальний заклад Київської обласної ради  
"Чорнобильський медичний фаховий коледж"**

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Заступник директора  
з навчальної роботи  
\_\_\_\_\_ Тетяна САЛОБУТА  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ рік

**Конспект лекцій з освітнього компонента**

**“Основи психології та міжособове  
спілкування, медичної етики та деонтології”**

Освітньо-професійна програма	<u>Лікувальна справа</u> <u>Сестринська справа</u>
Галузь знань	<u>22 Охорона здоров'я</u>
Спеціальність	<u>223 Медсестринство</u>
Освітньо-професійний ступінь	<u>Фаховий молодший бакалавр</u>
Розробник:	<u>Викладач Головата Аліна Вадимівна</u>

Схвалено на засіданні  
циклової комісії природничо-наукових  
та соціально гуманітарних дисциплін  
Протокол №\_\_ від "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
Голова циклової комісії \_\_\_\_\_ Олександр ТОЛКАЧОВ

## Лекція № 1

### Тема лекції: Вступ. Значення і завдання загальної та медичної психології. Психологія як наука. Предмет, методи та завдання.

**Мета:** надати здобувачам освіти знань про історію виникнення психології як науки, її предмет, завдання, принципи, галузі, методи тощо.

**Навчальна:** сформувати обізнаність про основні аспекти історичного розвитку, виникнення та формування психології; її базові складові.

**Виховна:** розвивати прагнення до самовдосконалення.

#### **Загальні компетентності:**

*ЗК. 2. Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя.*

#### **Спеціальні компетентності:**

*СК. 3. Здатність до самоменеджменту у професійній медичній діяльності.*

#### **Результати навчання:**

*РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.*

#### **План лекції**

1. Визначення психології як науки, її основні принципи, завдання та значення.
2. Предмет психології як науки.
3. Основні напрямки сучасної психології.
4. Галузі психологічної науки.
5. Значення і завдання медичної психології.

#### **Зміст лекції**

##### ***1. Визначення психології як науки, її основні принципи, завдання та значення.***

У нашому повсякденному житті ми досить широко використовуємо слова «психологія», «психолог», «психологічний» і подібні до них, не замислюючись над їх змістом. «Ця людина - хороший психолог», - говоримо ми про когось, хто вміє налагодити контакт з людьми. «Така вже у нього (або у мене) психологія», - говоримо ми іноді - не зовсім, втім, грамотно, - намагаючись пояснити несподівані пориви або вчинки або констатуємо

особливості власної або чиеїсь особистості. Іноді можна почути і фразу типу «Ну, він психічний», що означає, що хтось, на думку промовця, є неповноцінним або хворим. Своєю назвою і першим визначенням психологія зобов'язана грецькій міфології. Ерот, син Афродіти, закохався в дуже красиву молоду жінку Психею. На жаль, Афродіта була дуже незадоволена, що її син, небожитель, хотів поєднати свою долю з простою смертною, і докладала всіх зусиль, щоб розлучити закоханих, змушуючи Психею пройти через цілий ряд випробувань. Але любов Психеї була така сильна, а її прагнення знову зустрітися з Еротом таке велике, що це справило глибоке враження на богинь і богів, і вони вирішили допомогти їй виконати всі вимоги Афродіти. Еротові в свою чергу вдалося переконати Зевса - верховне божество греків - перетворити Психею в богиню, зробивши її безсмертною. Таким чином закохані були з'єднані навіки. Для греків цей міф був класичним зразком справжньої любові, вищої реалізації людської душі. Тому Психея - смертна, яка здобула безсмертя, - стала символом душі.

Кожна людина, здатна сприймати, пізнавати оточуючий світ, різні предмети і явища.

Ми **чуємо** спів птахів, звуки музичних інструментів, людську мову, шум пролітаючого літака. Ми **бачимо** різні предмети, дерева, інших людей і тварин, машини й будівлі, розрізняємо колір і форму предметів.

Ми **відчуваємо** аромат квітів, запах бензину, і аж ніяк не сплутаємо смакові відчуття, отримані від цукру та солі. Кожна людина знає, що таке міркувати над прочитаною книгою, обдумувати свої дії на завтра, замислюватись над вирішенням важкої задачі.

Людина думає й розмовляє, тобто володіє **мисленням** і **мовою**. Ми пам'ятаємо те, що було раніше і мріємо про майбутнє. Це можливо завдяки **пам'яті** й **уяві**.

Людина не тільки пізнає оточуючий світ, але і має своє власне відношення до предметів або явищ цього світу. Вона не холодно-розсудливо сприймає оточуюче, а переживає при цьому певні почуття: одні з предметів і явищ радують нас, приносять задоволення, до інших вона байдужа, треті викликають у неї смуток, жаль, а іноді й страх, ненависть.

Хороша книга приносить насолоду; недостойна, негідна поведінка іншої людини викликає в нас обурення, огиду, а самовідданий вчинок – захоплення.

Людина не тільки сприймає оточуючий світ і якимось відноситься до нього, вона і **діє** в цьому світі, проявляючи свою активність, приймаючи рішення, прагне до мети, проявляє ініціативу, інакше кажучи, здійснює вольову діяльність.

Нарешті, кожна людина відрізняється чимось від інших: одна – особливо цікавиться музикою, інша – спортом, одна проявляє здібності в галузі математики, а інша – в галузі літературної творчості.

Одна людина запальна, нестримна, гарячкова, інша спокійна, врівноважена; одна працьовита і скромна людина, інша лінива й зарозуміла, пихата.

Все це – сприйняття, пам'ять, мислення, уява, почуття і воля, прояви темпераменту й характеру є вияв людської психіки, а наука, що вивчає психічні явища називається **психологією**.

**Психологія** – це наука про закономірності розвитку й функціонування психіки як особливої форми життєдіяльності. Отже, предметом психології є психічна діяльність людини, психічні процеси, стани, властивості людини, розкриття законів виникнення, розвитку й перебігу психологічної діяльності, становлення психічних властивостей людини, з'ясування життєвого значення психіки.

Назва науки пішла від поєднання двох грецьких слів: “псюхе” (душа) і “логос” (вчення, що означає “наука про душу”).

Психологія має унікальне практичне значення для людини. Вона дозволяє:

- ✓ глибше пізнати самого себе, а значить і змінювати себе;
- ✓ навчитися управляти своїми психічними функціями, діями і всією своєю поведінкою;
- ✓ добре розуміти інших людей і взаємодіяти з ними.

## **2. Предмет психології як науки.**

**Наука** – це сфера людської діяльності спрямована на отримання знань про світ і їх систематизацію.

**Наукова картина світу** – це узагальнені і систематизовані наукові знання.

**Наука** – не єдиний спосіб пізнання навколишнього світу людиною:

1. Буденне пізнання – це отримання інформації про навколишній світ в процесі життєдіяльності.
2. Естетичне пізнання - пізнання через мистецтво. Якщо естетичне пізнання орієнтується на унікальність особистості, є образним та емоційним, то наукове, навпаки, прагне до узагальненості, є раціональним та інтелектуальним.

3. Релігійне пізнання - пізнання через віру. Воно не є критичним, але дуже догматичним та ідеалістичним. Натомість, наукове пізнання є критичним, постулати – спростовними, а світ – об'єктивним.

Психологія має порівняно з іншими науками ряд особливостей:

- 1) Це наука про найскладніше, що поки що відоме людству.
- 2) В психології людина одночасно є і суб'єктом, і об'єктом пізнання.
- 3) Унікальність її практичних наслідків.
- 4) Надзвичайна перспективність психологічних досліджень.
- 5) Величезна різноманітність уявлень та підходів.
- 6) Невизначеність наукового спрямування.
- 7) Суб'єктивність у дослідженнях.

Об'єкт та предмет психології.

**Об'єкт** – це та сторона реальності на вивчення якої спрямована наука.

**Об'єктом психології є психіка** (що це – в наступних лекціях)

**Предметом психології виступають психічні явища.**

Психічні явища



Психічні процеси    Психічні стани    Властивості особистості

**Психічні процеси** - це різні форми суб'єктивного відображення об'єктивної дійсності. Психічні процеси називають також психічними функціями. Психічні процеси виступають в якості первинних регуляторів поведінки людини. Вони мають певний початок, перебіг і кінець, тобто мають певні динамічними характеристиками, до яких, перш за все, відносять параметри, що визначають тривалість і стійкість психічного процесу. На основі психічних процесів формуються певні стани, відбувається пізнання навколишнього світу, засвоєння знань і навичок, навчання і діяльність. У свою чергу психічні процеси можуть бути розділені на три групи: пізнавальні, емоційні і вольові.

До пізнавальним психічних процесів відносяться психічні процеси, пов'язані зі сприйняттям і переробкою інформації. В їх число входять відчуття, сприйняття, пам'ять, уявлення, уява, мислення, мовлення, увага. Завдяки даним процесам людина отримує відомості про навколишній світ і про себе. Однак, самі по собі відомості або знання для людини не грають ніякої ролі, якщо вони для нього не значимі. Поряд з пізнавальними психічними процесами в якості самостійних виділяють емоційні психічні процеси. До них відносяться афекти, емоції, почуття, настрої і емоційний стрес. Вольові психічні процеси найбільш яскраво проявляються в ситуаціях, пов'язаних з прийняттям рішень, подоланням труднощів, управлінням своєю поведінкою і ін.

**Психічні стани** характеризують часову динаміку психічної діяльності. Вони мають свою динаміку, яка характеризується тривалістю, спрямованістю, стійкістю і інтенсивністю. У той же час психічні стани впливають на перебіг і результат психічних процесів і можуть сприяти або гальмувати діяльність. Виділяють стомлення, емоційна напруга (стрес), монотонно, страх, бадьорість, підйом, пригніченість, смуток і інші психічні стани.

**Психічні властивості** - це індивідуально-психологічні особливості особистості, які відрізняють людей один від одного, визначають їх типологічні та індивідуальні відмінності. До психічних властивостей належать темперамент, характер, здібності, спрямованість. Всі психічні явища тісно взаємопов'язані. Так, психічні процеси завжди протікають на тлі певних психічних станів, а індивідуальні відмінності в перебіг психічних процесів виступають в якості характеристик психічних властивостей. Рівень розвитку психічних властивостей, а також особливості розвитку психічних процесів і переважні психічні стани визначають неповторність людини, його індивідуальність.

Будь-яка наука має як основу певний життєвський, емпіричний досвід людей. Наприклад, фізика спирається на набуті нами в повсякденному житті знання про рух і падіння тіл, про тертя і інерцію, про світло, звук, теплоту і багато іншого. Математика теж виходить з уявлень про числа, форми, кількісні співвідношення, які починають формуватися вже в дошкільному віці. Але інша справа з психологією. У кожного з нас є запас життєвих психологічних знань. Є навіть видатні життєві психологи. Це, звичайно, великі письменники, а також деякі представники професій, які передбачають постійне спілкування з людьми: педагоги, лікарі, священнослужителі та ін. Але, повторюю, і звичайна людина може користуватися певними психологічними знаннями. Про це можна судити по тому, що кожна людина в якійсь мірі може зрозуміти іншого, вплинути на його поведінку, передбачити його вчинки, врахувати його індивідуальні особливості, допомогти йому тощо.

Чим же відрізняються життєві психологічні знання від наукових? Я назву вам п'ять таких відмінностей.

- 1) життєві знання конкретні, пов'язані з конкретними життєвими ситуаціями, а наука прагне до узагальнення і виявлення закономірностей;
- 2) життєві знання мають інтуїтивний характер (отримуються шляхом проб та помилок), наука ж прагне до раціонально пояснення психічних явищ і їх прогнозування;

3) життєві знання передаються дуже обмежено (з вуст в уста), наука ж використовує спеціальні системи для їх передачі (книги, лекції, наукові школи тощо);

4) у життєвій психології одержання знань здійснюється через спостереження, міркування, безпосереднє переживання подій, а наукові знання – результат спеціальних досліджень;

5) Наукова психологія має величезний і унікальний фактичний матеріал, який є недоступним носієві життєвої психології. Наукове знання є упорядкованим, систематизованим, що дозволяє професійному психологу орієнтуватись в усьому їх різноманітті. При наукові знання і життєві психологічні знання доповнюють одне одного. Психологія як наука ділиться на: фундаментальну, прикладну і практичну. У ненауковій психології виділяють: популярну, повсякденну та парапсихологію. Популярна психологія надає наукові знання для широкої аудиторії в спрощеному вигляді. Популяризація психології формує загальну психологічну культуру населення. Повсякденна психологія складається стихійно на основі неправомірних узагальнень, релігійних, культурних, етнічних тощо забобонів і установок. Для неї характерним є змішування наукових, побутових, релігійних, окультних та ін. понять. Парапсихологія займається вивченням феноменів, які знаходяться поза межами наукових досліджень і на межі звичайних можливостей людини. парапсихологія займається телепатією, ясновидінням, проскопією та психогенезом.

### **3. Основні напрямки сучасної психології.**

Біхевіоризм - напрям у психології, що вивчає поведінку людини і способи впливу на поведінку людини. Біхевіоризм у вузькому розумінні, або класичний біхевіоризм - біхевіоризм Дж. Уотсона і його школи, який досліджує тільки зовні бачимо поведінку і не робить відмінності між поведінкою людини та інших тварин. Для класичного біхевіоризму всі психічні явища зводяться до реакцій організму, переважно руховим: мислення ототожнюється з мовноруховими актами, емоції - до змін всередині організму, свідомість принципово не вивчається, якщо не має поведінкових показників.

Основним механізмом поведінки приймається зв'язок стимулу і реакції (S - R). Представники: Едуард Торндайк, Іван Петрович Павлов, Джон Бродес Уотсон. Фрейдизм (психоаналіз) - названий по імені З. Фрейда (1856 - 1939),. Психіка розглядається ним як щось самостійне, що існує паралельно матеріальним процесам і керувану особливими, вічними психічними силами, що лежать за межами свідомості (несвідоме). Усі психічні стани, всі дії людини, а потім і всі історичні події та суспільні явища Фрейд піддає

психоаналізу, тобто тлумачить як прояв несвідомих, і перш за все сексуальних, потягів. Одвічні конфлікти в глибинах психіки індивідів стають у Фрейда причиною і змістом (прихованим від безпосереднього усвідомлення) моралі, мистецтва, науки, релігії, держави, права, воєн і т. п. (Сублімація).

Сучасні прихильники Фрейда - неофрейдисти, представники шкіл «культурного психоаналізу» (К. Хорні, Г. Кардінер; Ф. Александер, Г. Саллівен зберігають незайману основну логіку міркувань Фрейда, відмовляючись від тенденції бачити у всіх явищах людського життя сексуальну підоснову і від деяких інших методологічних особливостей класичного фрейдизму. Гештальтпсихологія виникла на початку 20 століття в Німеччині. Її засновниками були Макс Вертгеймер (1880-1943), Курт Коффка (1886-1967), Вольфганг Келер (1887-1967). Назва цього напрямку походить від слова «гештальт» (нім. Gestalt - форма, образ, структура). Психіка, вважали представники цього напрямку, повинна вивчатися з точки зору цілісних структур (гештальтів). Центральним для них стало уявлення про те, що основні властивості гештальта не можна зрозуміти шляхом підсумовування властивостей окремих його частин. Ціле принципово не зводиться до суми окремих його частин, більше того, ціле - це зовсім інше, ніж сума його частин. Саме властивості цілого визначають властивості окремих його частин. Так, музична мелодія не може бути зведена до послідовності різних музичних звуків. Курт Левін (1890- 1947) німецький, а потім американський психолог розробляв ідеї гештальтпсихології стосовно психології особистості.

Гуманістична психологія виникла в 60-і роки нашого століття в американській психології. Цей напрямок проголосило в якості основної ідеї новий погляд на розвиток людини. Воно засноване на оптимістичному підході до розуміння природи людини: вірі у творчі можливості, творчі сили кожної людини, в те, що він здатний свідомо вибрати свою долю і будувати своє життя. Саме з цим пов'язана назва цього напрямку, що походить від латинського слова *humanus* - людський. У той же час, гуманістичні психологи вважають, що дослідження наукових понять і застосування об'єктивних методів веде до дегуманізації особистості і її дезінтеграції, перешкоджає її прагненню до саморозвитку, таким чином, цей напрямок приходить до відвертого ірраціоналізму. Найбільш відомими представниками цього напрямку є Карл Ренсом Оджерс (1902-1987) і Абрахам Харольд Маслоу (1908-1970). Когнітивна психологія (Дж. Келлі, Д. Міллер, У. Найссер) виникає у 60- ті роки 20-го століття в протистояння біхевіоризму. Вона повернула в предмет психології суб'єктивний аспект.

Когнітивна психологія - психологія пізнання, де пізнання - основа свідомості. Назва цього напрямку походить від латинського слова *cognitio* -

знання, пізнання. Його виникнення і розвиток пов'язані з бурхливим становленням комп'ютерної техніки і розвитком кібернетики як науки про загальні закономірності процесу управління і передачі інформації.

Когнітивна психологія розглядає залежність поведінки людини від наявних у нього пізнавальних схем (когнітивних карт), які дозволяють йому сприймати навколишній світ і вибирати способи правильного поведінки в ньому. Цей напрямок в даний час бурхливо розвивається, і у нього немає будь-якого визнаного лідера. Критика когнітивної психології пов'язана, перш за все, з тим, що проведені в ній дослідження ототожнюють мозок людини з машиною, істотно спрощуючи тим самим складний, багатогранний внутрішній світ людини, розглядаючи його як щодо спрощені схеми і моделі.

#### **4. Галузі психологічної науки**

Різноманіття проявів людини як природного та соціального феномену призвело до виникнення значної кількості наук, які вивчають людину. Ми з вами розглянемо зв'язок психології з природничими та гуманітарними дисциплінами. Зв'язок психології з природничими науками цілком очевидний. Найбільш явний зв'язок – з біологічними науками. З біології психологія запозичує загальнобіологічні закономірності розвитку психіки. Значну роль в цьому плані відіграє еволюційна теорія Ч. Дарвіна. В першу чергу це стосується пристосування до умов середовища, які змінюються, що дають ключ до розуміння еволюції форм психологічного життя та їх адаптивної ролі. Проблема співвідношення вродженого та набутого – одна з центральних проблем психології, у зв'язку з чим для неї важливі і дані генетики, які представляють матеріал відносно механізмів наслідування певних задатків, схильність до психічних хвороб тощо.

Гранична з генетикою галузь психології – психогенетика, яка виявляє роль генотипа та середовища у формуванні індивідуальних особливостей людини. Виділимо зв'язок психології з фізіологією вищої нервової діяльності. Безпосередньо з фізіологією вищої нервової діяльності співвідноситься така галузь психології, як психофізіологія, яка вивчає психіку в єдності з її матеріальним субстратом – мозком. Зв'язок психології і фізики знаходить своє відображення у прийнятті принципу атомарності, представлення про атомарний склад душі.

Зв'язок психології і хімії проявляється у існуванні науково – практичної дисципліни, яка вивчає закономірності впливу на психіку лікарських препаратів – психофармакологія. Не менш сильний зв'язок психології з гуманітарними дисциплінами. В першу чергу це стосується тих галузей психологічного знання, які пов'язані з людською особистістю. З історією

психологію зближує інтерес до особливостей душевного обліку людини у різні історичні епохи і в різноманітних культурах.

З соціологією – наукою про соціальні системи і процеси – психологія пов'язана через вивчення закономірностей взаємодії особистості і її соціального оточення, внутрішньо групових відносин. Політична психологія вивчає особливості людини і груп, які обумовлені їх включеністю в політичне життя. Такі гуманітарні дисципліни, як мовознавство, мистецтвознавство також пов'язані з психологією. На стику мовознавства і психології сформувалась психолінгвістика.

На сучасному етапі розвитку психологічних знань, сама психологія стає ніби “стовбуром”, на якому розростається багато гілок сучасної психології, які виступають у вигляді окремих галузей, багато з них набули самостійного статусу.

Серед них можна виділити такі як: загальна психологія, педагогічна, вікова, політична, військова, медична, психологія праці, спорту, управління, інженерна, екологічна, психологія мас і народів, психологія релігії, психологія творчості, зоопсихологія. Важливе місце в цьому ряді займає *юридична психологія* – це галузь, яка вивчає закономірності і механізми психологічної діяльності людей у сфері урегульованих правом відносин, це науково-практична дисципліна, яка вивчає психологічні закономірності системи “людина-право”, яка розробляє рекомендації, направлені на підвищення ефективності цієї системи.

*Загальна психологія* – вивчає загальні закономірності психічної діяльності дорослої людини.

*Вікова психологія* – вивчає особливості розвитку психіки на різних вікових етапах, психічні особливості дітей і школярів різного віку, юнацького віку, дорослої людини, людини похилого віку.

*Педагогічна психологія* – займається психологічними закономірностями навчання й виховання.

*Соціальна психологія* – вивчає закономірності поведінки і діяльності людей об'єднаних у групи й колективи, взаємовідносини між ними.

*Психологія праці* – розглядає психологічні особливості різних видів трудової діяльності.

*Космічна психологія* – вивчає психіку людини в умовах космічного польоту.

*Психологія релігії* – намагається зрозуміти і пояснити поведінку віруючих у цілому або представників різноманітних сект.

*Патопсихологія* – вивчає хворобливі розлади психіки.

*Психологія реклами* – включає оцінку потреб, попит на певні товари тощо.

### **5. Значення і завдання медичної психології.**

**Медична психологія** – прикладна галузь психології, що вивчає закономірності функціонування психіки в умовах виникнення і перебігу хвороб людей, а також відновлення їхнього здоров'я. Засновником медичної психології вважається Р.Г. Лотце (німецький психолог і філософ ХІХ ст.). Медична психологія є досить широка галузь психологічного знання, до її складу входять:

- ✓ клінічна психологія;
- ✓ клінічна нейропсихологія;
- ✓ психофармакологія;
- ✓ патопсихологія і інші.

У центрі уваги медичної психології є взаємовідношення хворого із середовищем лікувального закладу (відношення між: лікарем і хворим; медичною сестрою і хворим; лікарем, медичною сестрою і хворим).

Предметом вивчення медичної психології є:

- особистість хворої людини;
- особистість медичного працівника (в тому числі і майбутнього);
- взаємовідносини між хворим і медичним працівником в різних умовах (при відвідуванні вдома, в амбулаторії, в клініці);
- психологія взаємовідносин медичних працівників в процесі професійної діяльності і в побуті тощо.

Завдання медичної психології:

- вивчення особливостей змін психіки при соматичних і психічних захворюваннях;
- дослідження хвороботворних для психіки умов життя і діяльності людини;
- вивчення особистісних особливостей, які запобігають захворюванню або сприяють йому.

Найважливішими питаннями медичної психології є: психотерапія, психогігієна і психопрофілактика.

Медичну психологію поділяють на:

**1.** Загальну медичну психологію, яка займається вивченням особистості хворого, лікаря, середнього і молодшого медичних працівників і їх взаємовідносин.

2. Спеціальну медичну психологія, яка вивчає ті ж питання стосовно кожної конкретної медичної дисципліни:

- ✓ хірургії;
- ✓ терапії;
- ✓ педіатрії;
- ✓ психіатрії;
- ✓ невропатології і інші.

Методи психологічного дослідження поділяють на основні та допоміжні. Серед основних методів психологічного дослідження найважливішими є спостереження та експеримент.

**Спостереження** – метод, який полягає в цілеспрямованому, обумовленому завданням умисному сприйнятті психічних явищ та з'ясуванні їх смислу.

Це один з найстаріших методів психологічного дослідження і зазвичай супроводжує всі інші методи дослідження. Спостереження дозволяє побачити поведінку хворого в різних ситуаціях і отримати повну уяву про хворого. Мають велике значення у випадках симуляції, особливо коли хворий не підозрює, що за ним спостерігають.

**Експеримент** – це організована дослідником взаємодія між піддослідним (чи групою піддослідних) і експериментальною ситуацією з метою встановлення закономірностей цієї взаємодії.

Види експерименту:

- природний – здійснюється в звичних умовах діяльності людини і побудований так, що піддослідний не підозрює про те, що його досліджують;
- лабораторний – здійснюється в штучних умовах, в лабораторіях.

Допоміжні методи – методи, які доповнюють основні методи. Найважливішим серед них є:

- метод клінічної бесіди;
- тестовий метод;
- метод вивчення продуктів психічної діяльності хворих.

Метод клінічної бесіди – виявляється в аналізі факторів психічної діяльності людини, зібраних в процесі безпосереднього контакту лікаря з хворим.

Вимоги до клінічної бесіди:

- слід попередньо намітити ціль і основні питання бесіди;

- формулювання питань має бути зрозуміло хворому;
- повинна бути невимушена обстановка, яка буде сприяти щирим відповідям хворого.

В процесі бесіди з хворим лікар збирає анамнестичні відомості і скарги хворого.

**Анамнез** (з грец. – спомин, нагадування) – це сукупність відомостей про попередній стан хворого, які збирають для встановлення діагнозу.

**Головне завдання психологічного анамнезу** – отримання відомостей про індивідуально-психологічні властивості особистості хворого, ставлення до хвороби, психологію хворого, наявність психологічних розладів.

Анамнез поділяється на:

#### 1) Анамнез хвороби:

- коли захворіла людина;
- коли і чому вернулась за медичною допомогою;
- як вплинула хвороба на трудові стосунки, на працездатність, на стосунки в сім'ї, на стосунки з друзями;
- як вплине хвороба на подання життя і т.п.

#### 2) Анамнез життя:

- розпитування про батьків і родичів, їхні хвороби;
- перенесені в минулому хвороби
- як переносились госпіталізації
- професійний шлях і діяльність, задоволення ними
- розвиток і стан сімейних і інтимних стосунків і т.п.

Крім того, анамнез поділяється ще на:

- суб'єктивний анамнез: факти, які інформує про себе сам хворий;
- об'єктивний анамнез: факти, які сповіщаються родичами, друзями, співпрацівниками хворого.

Ці відомості доповнюють один одного і дають можливість зібрати найповніший матеріал про психічні особливості хворого.

**Тестовий метод (тест)** – це спеціальне завдання або набір завдань, які дають можливість швидко оцінити психічне явище або рівень його розвитку і піддослідного. Термін „тест” ввів у лексику вчений Д. Кеттел у 1890 році.

Метод вивчення продуктів психічної діяльності хворих – це метод психологічного дослідження, який спрямований на збір, систематизацію, аналіз та тлумачення продуктів діяльності хворої людини.

На основі даного методу про психічне життя по таким матеріалам, як малюнки, технічні винаходи, твори і т.д.

Ці всі методи суттєво допомагають в діагностуванні специфіки захворювання хворої людини тощо.

### **Питання для самоконтролю**

1. Чи слід вважати психологію природничою наукою? Обґрунтуйте свою відповідь
2. Назвіть з якими ще гуманітарними науками пов'язана психологія
3. Дайте визначення загальній психології та медична психологія.
4. Які галузі психологічної науки складають сучасну психологію?
5. Чим наукові психологічні знання відрізняються від донаукових?

**Самостійна робота: Основні етапи розвитку психології та її концепції.**

### **Література**

#### **Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко

Ст. 8-29

#### **Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 8-22

#### **Інформаційні ресурси:**

1. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

## Лекція № 2

### Тема лекції: Особистість. Психологія особистості. Темперамент. Характер. Здібності.

**Мета:** надати здобувачам освіти знання про психологію особистості, темперамент, його властивості та типи, про характер та його складові.

**Навчальна:** сформувані у здобувачів освіти знання про здібності, їх види, рівні та складові, основних характеристик темпераменту, основних положень вчень про характер та його структуру.

**Виховна:** розкрити шляхи для самовдосконалення.

#### **Загальні компетентності:**

*ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.*

#### **Спеціальні компетентності:**

*СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.*

#### **Результати навчання:**

*РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.*

#### **План лекції**

1. Індивідуально-психологічні властивості особистості.
2. Психосоціальні властивості людини. Характер, його структура та формування.
3. Основні теорії особистості. Психологічна структура особистості.
4. Мотиваційна сфера особистості. Темперамент, його загальна характеристика.
5. Кількісна та якісна характеристика здібностей.

#### **Зміст лекції**

##### **1. Індивідуально-психологічні властивості особистості.**

Людина – це, з одного боку, біологічна істота, наділена свідомістю, володіюча мовою, здатністю працювати, має розвинені руки за допомогою яких пізнає і перетворює світ, має високорозвинутий мозок.

Людина, з другого боку – суспільна істота, це найважливіша ознака, так як суспільне життя і суспільні відносини, колективна праця змінили і підкорили собі його біологічну, тілесну організацію.

Людина народжується вже людиною. У малюка, який з'являється на світ, конфігурація тіла забезпечує можливість розвитку інтелекту, будова руки – перспективу використання знарядь праці тощо, і цим малюк-людина за сумою своїх можливостей відрізняється від дитяти-тварини, яке за жодних обставин не може набувати подібного фонду якостей.

Сказаним стверджується факт належності маляти до людського роду, що фіксується в понятті “індивід”. Отже, у понятті “індивід” втілено родову належність людини.

У психології, крім поняття “людина” використовується більш вузьке поняття “особистість”. Особистість розглядається тільки як суспільна, соціальна істота. Говорячи про особистість, ми відвертаємо увагу від біологічної, природної її сторони.

При цьому мається на увазі, достатній рівень соціальної зрілості – маленька дитина, або психічно хвора людина не можуть вважатись особистістю.

**Особистість** – діяч суспільного розвитку, свідомий індивід, який має певне становище в суспільстві та виконує певну громадську роль.

У психології поряд із поняттями “людина”, і “особистість” вживається ще поняття “індивідуальність” – неповторне сполучення своєрідних психологічних особливостей.

Коли кажуть про індивідуальність, то мають на увазі оригінальність особистості. Зазвичай словом “індивідуальність” визначають якусь найголовнішу особливість особистості, яка робить її відмінною від решти людей.

Індивідуальна кожна людина, але індивідуальність одних проявляється дуже яскраво, інших – непримітно.

Індивідуальність може проявлятись в інтелектуальній, емоційній, вольовій сферах, або відразу в усіх сферах психічної діяльності.

Оригінальність інтелекту може полягати в здатності бачити те, чого не помічають інші, в особливостях обробки інформації, а саме: в умінні ставити проблеми і вирішувати їх.

Своєрідність почуттів може знаходити вияв у надмірному розвитку одного з них (інтелектуального чи морального), у великій рухомості емоцій, у переважанні чуттєвого чи раціонального, у винесенні рішень.

Особливість волі виявляється в силі волі, надзвичайній мужності або володінні собою в критичних ситуаціях. Оригінальність може полягати у

своєрідному поєднанні властивостей конкретної людини, які надають особливого колориту її поведінці або діяльності.

Мозок, як біологічне утворення, є передумовою прояву особистості, але всі прояви особистості – продукт суспільного буття людини.

Розвиваючись поза людським суспільством, істота, володіюча людським мозком ніколи не стане навіть подібністю особистості.

Відомий випадок, коли в Індії в 1920 році було знайдено дві дівчинки, які жили у вовчій зграї. Молодша швидко померла, а старша (її назвали Камалою), якій було 6-7 років, прожила більше 10 років. Відомі ще кілька подібних випадків: одного хлопчика було знайдено в Індії також серед вовків і два хлопчики знайдено в Африці в зграї мавп. З усього видно, що діти були викрадені тваринами, але залишені живими. У всіх цих випадках спостерігалась одна і та ж картина: діти не вміли ні стояти, ні ходити, але швидко пересувались рачки, або спритно лазили по деревах; не володіли мовою, і не могли вимовити членороздільні звуки; відмовлялися від людської їжі, харчувалися сирим м'ясом, або дикими рослинами, жуками, стрекозами; воду хлебтали, зривали з себе одяг, кусалися, вили, спали на голій підлозі.

Людина – це поняття, яке фіксує відношення до виду *Homo Sapiens*. Індивід – конкретна людина, яка має притаманні всім людям якості, але відрізняється якимись властивостями від інших. Особистість – індивід, який досяг певного рівня розвитку. Ознаки особистості за Л. Божович:

- Переживання самого себе, як єдиного цілого, відмінного від інших людей;
- Наявність особистих поглядів, моральних вимог, відношень;
- Здатність активно і свідомо впливати на середовище, виходячи з власних цілей;
- Наявність ієрархії мотивів;
- Можливість змінюватись самому.

Особистість – це людина як суб'єкт соціальних відносин; організоване і організуюче ціле відносно постійних властивостей у взаємодії з життєвим середовищем. Ключові ознаки особистості:

- Цілісність – взаємовплив, взаєморозвиток всіх компонентів структури;
- Унікальність – неповторність;
- Активність – фундаментальна риса;

- Здатність до вираження власного внутрішнього змісту - творча сутність. Сфери вираження особистості:

Комунікація; Виробнича; Художня (творча); Наукова; } Саморозвиток.  
Саморегуляція людини – це свідомо регуляція власної поведінки.

Механізм саморегуляції:

- 1) волява;
- 2) боротьба мотивів;
- 3) переживання (народження нових життєвих змістів);
- 4) усвідомлення (доведення до свідомості).

Існує безліч теорій особистості, але деякі з них можна віднести до певних груп:

- Здатність пояснення поведінки особистості:

- а) психодинамічні теорії (біологічного походження особистості - концепція Фрейда);
- б) соціодинамічні (соціум, як джерело розвитку – т. Еріксона);
- в) інтеракціоністські (взаємодія біологічного і соціального – концепція О.М. Леонтьєва).

- За способом отримання даних:

- а) експериментальна – концепція Кетелла;
- б) не експериментальна – концепція Шелдона.

- За віковим діапазоном:

- а) дитячі (т. Брейда);
- б) всього життя (т. Еріксона).

- За поняттями:

- а) типологічні (т. Шелдона, Айзенка);
- б) факторні (т. Кеттелла);
- в) рис особистості (т. Виготського).

Отже, тільки в діяльності, в умовах соціального життя, у процесі навчання і виховання формується особистість.

## **2. Характер і його типи. Акцентуація характеру**

Слово “характер” грецького походження і в перекладі означає “прикмета”, “карбування”. **Характер** – це індивідуальне поєднання суттєвих властивостей особистості, що показують відношення людини до оточуючого світу і виражаються в її поведінці, вчинках.

Знаючи характер людини, можна передбачити, як вона буде поводитись за тих чи інших обставин. Самоусвідомлююча людина може зробити свій характер більш витонченим. Недаремно, у народі кажуть: посієш вчинок – пожнеш звичку, посієш звичку – пожнеш характер, посієш характер – пожнеш долю.

Характер не є природженим. Природженими можуть бути тільки задатки, що залежать від особливостей нервової системи. Характер формується в процесі життя та діяльності людини як члена певного суспільства.

Багато в характері залежить від світогляду людини, від її переконань, ідеалів, соціального стану, впливу навколишнього середовища.

Характер – це індивідуальна особливість особистості. Залежно від того, які психічні процеси переважають у діяльності людини, можна виділити інтелектуальні, емоційні і вольові *рис* характеру.

Як людина ставиться до навколишньої дійсності, риси характеру можна розподілити на такі групи:

- ✓ риси, що виражають загальний психічний склад особистості (її спрямованість);
- ✓ риси, які характеризують ставлення людини до інших людей;
- ✓ риси, що свідчать про те, як ставиться людина до самої себе;
- ✓ риси, які показують ставлення людини до праці, до своєї справи;
- ✓ риси, що характеризують ставлення людини до речей.

Деякі риси характеру є *позитивними* рисами особистості, а інші – *негативними*. Оцінюючи риси характеру, треба брати до уваги моральний зміст кожної з них.

Риси характеру визначають індивідуальність особистості.

Індивідуальні риси, які мають тенденцію, до переходу в паталогічний стан є **акцентуацією**.

Акцентуація завжди передбачає підсилення виявленості певної риси.

Німецький учений К. Леонгард запропонував характеристику типів характерів.

1. *Гіпертимний*. Люди характеризуються надмірною контактністю, балакучістю, виразністю жестів, міміки, пантоміміки. Вони часто спонтанно відхиляються від початкової теми розмови. У них часто виникають епізодичні конфлікти з іншими людьми через недосить серйозне ставлення до своїх службових та сімейних обов'язків. Серед позитивних рис слід відзначити енергійність, ініціативність, оптимізм. Разом з тим їм притаманна легковажність, схильність до аморальних вчинків, підвищена роздратованість. Вони важко переносять умови жорстокої дисципліни, монотонну діяльність, змушену самотність.

2. *Дистимний*. Цей тип характеризує низька контактність, домінуючі песимістичні настрої. Такі люди рідко вступають у конфлікти з оточуючими, ведуть самотній спосіб життя. Вони високо цінують тих, хто з ними дружить і готові їм підкорятися, їм притаманні як серйозність, добросовісність, загострене почуття справедливості, так і пасивність, повільність мислення, індивідуалізм.

3. *Циклоїдний*. Йому притаманні часті періодичні зміни настрою, у результаті чого так же часто змінюється їх, манера спілкування з оточуючими людьми.

4. *Збуджувальний*. Цьому типу притаманна низька контактність у спілкуванні, повільність вербальних і невербальних реакцій. Нерідко вони схильні до конфліктів, в яких самі є активною стороною. Їм важко вжитися в колективі. В емоційно спокійному стані люди даного типу часто добросовісні, акуратні, люблять тварин і маленьких дітей. Але в стані емоційного збудження вони бувають роздратованими часто не контролюють свою поведінку.

5. *Уповільнений*. Його характеризують помірна комунікабельність, занудливість. У конфліктах, як правило, виступає ініціатором, активною стороною. Прагне досягти високих показників у будь-якій справі. Має підвищені вимоги до себе, особливо чутливий до соціальної справедливості. Іноді надмірно вимогливий до близьких людей і підлеглих на роботі.

6. *Педантичний*. У конфлікти вступає рідко, виступаючи в них пасивною стороною. На службі веде себе як бюрократ, ставлячи надмірні формальні вимоги до оточуючих. Разом з тим при необхідності поступається лідерством на користь інших. Його позитивні риси: добросовісність, акуратність, надійність у справах, а негативні – формалізм, занудливість.

7. *Тривожний*. Людям цього типу притаманна низька контактність, невпевненість у собі. Вони рідко вступають у конфлікти з оточуючими,

відіграють у них пасивну роль, у конфліктних ситуаціях шукають підтримку.

8. *Емотивний*. Люди цього типу віддають перевагу спілкуванню у вузькому колі. Рідко самі вступають у конфлікти, відіграючи в них пасивну роль. Образи носять у собі, не показують назовні, їм притаманні доброта, співчутливість, загострене почуття відповідальності.

9. *Демонстративний*. Цей тип людей характеризується легкістю встановлення контактів, прагненням до лідерства, жагою влади. Такі люди дратують оточуючих самовпевненістю, систематично самі провокують конфлікти, але при цьому активно захищаються. Їм притаманна артистичність, неординарність мислення і вчинків. Негативними рисами є егоїзм і лицемірство.

10. *Екзальтований*. Йому властиві висока контактність і влюбливість. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справу до відкритих конфліктів. Люди такого типу альтруїстичні.

11. *Екстравертований*. Люди такого типу дуже контактні, мають багато друзів. Рідко вступають у конфлікти. У спілкуванні перевагу віддають підкоренню. Вони завжди готові вислухати іншого, виконати прохання, але разом з тим їм притаманна легковажність, необдуманість вчинків.

12. *Інтравертний*. Характеризується надзвичайно низькою контактністю, схильністю до філософствування. Люди такого типу люблять самотність, рідко вступають у конфлікти. Їм притаманна стриманість, наявність твердих переконань, принциповість.

### 3. Основні теорії особистості. Психологічна структура особистості.

Як і всяка організація, психічне життя має певну структуру.



Рис. 1. Основні компоненти особистості<sup>1</sup>.

**Скерованість** – або вибіркоче ставлення людини до дійсності. Скерованість криє в собі різні властивості, систему взаємних потреб та інтересів, практичних установок.



**Рис. 2.** Психологічні компоненти які впливають на скерованість особистості

При цьому одні з компонентів скерованості домінують і мають провідне значення, тоді, як інші виконують опорну роль. потреби дещо гальмуються, повсякденні клопоти відходять на задній план.

**Можливості** – другий компонент, що охоплює ту систему здібностей, яка забезпечує успіх діяльності. Здібності взаємопов’язані та взаємодіють одна з одною.



**Рис.3.** Ієрархія можливостей особистості<sup>2</sup>.

**Характер** – складне синтетичне утворення, де в єдності проявляються зміст, форма духовного життя людини.

У системі характеру можна виокремити провідні властивості, передусім моральні якості (чутливість або черствість у взаєминах із людьми, відповідальне ставлення до суспільних обов’язків, скромність тощо), вольові (рішучість, наполегливість, мужність і самовладання).

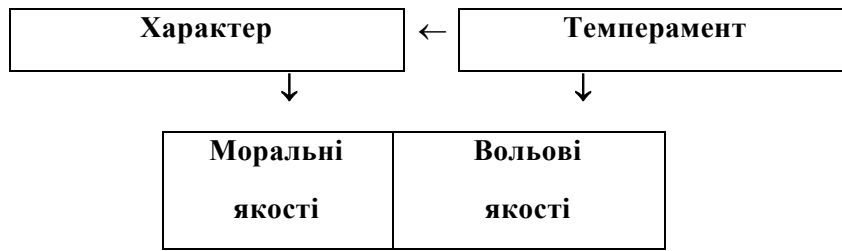


Рис. 4. Структура характеру особистості<sup>1</sup>.

**Система управління** – четвертий компонент структури особистості. У малої дитини ще не має уяви про власне “Я”, вона знаходиться під впливом зовнішніх і внутрішніх умов життя, називає себе в третій особі.

Наприклад, домінування пізнавальної потреби приводить до відповідного вольового та емоційного налаштування, що у свою чергу активізує інтелектуальну діяльність. Водночас природні

Фактори соціального середовища:

- фактори, що підтримують самооцінку;
  - умови, що сприяють самореалізації;
  - умови, що сприяють адаптації;
  - психологічна підтримка соціального оточення (емоційна підтримка близьких, друзів, співробітників, їхня конкретна допомога в справах і т. ін.).
- Особистісні фактори.

Ставлення особистості (зокрема й до себе):

- оптимістичне, активне ставлення до життєвої ситуації загалом;
- філософське (іноді – іронічне) ставлення до важких ситуацій;
- упевненість, незалежність у взаєминах з іншими людьми, відсутність ворожості, довіра до інших, відкрите спілкування;
- терплячість, прийняття інших такими, якими вони є;
- відчуття спільності, відчуття соціальної належності;
- статус у групі і соціумі, який задовільняє;
- досить висока самооцінка;

#### **4. Мотиваційна сфера особистості. Темперамент, його загальна характеристика.**

---

Ще в глибоку давнину вчені, спостерігаючи зовнішні особливості поведінки людей, звернули увагу на великі індивідуальні відмінності в цьому відношенні. Одні дуже рухливі, емоційно збуджені, енергійні. Другі повільні, спокійні. Одні товариські, легко вступають у контакт з оточуючими, життєрадісні, інші замкнуті.

Наприклад, двоє людей роблять одну і ту ж роботу та роблять її однаково добре, але один працює з пристрастю, із захопленням, нетерпляче, проявляє ініціативу, другий – неквапливо, зате методично, ґрунтовно, діловито, за інструкцією. Такі індивідуальні особливості були названі **темпераментом** (від латинського “temperamentum” – “пропорція”).

З найдавніших часів розрізняли чотири основні типи темпераменту, які отримали такі назви: *сангвінічний* (живий), *флегматичний* (повільний, спокійний) *холеричний* (енергійний), *меланхолічний* (замкнутий, схильний до глибоких переживань).

Давньогрецький лікар Гіппократ (460-377 рр. до н.е.) вважав, що оптимальне співвідношення чотирьох “соків тіла” (кров, лімфа, жовч, “чорна жовч”) визначає здоров’я людини, тоді як порушення їх пропорційного розподілу стає причиною різних захворювань.

Виходячи з учення про ці “соки тіла”, Клавдій Гален (129- 201 рр. н.е.) розробив першу класифікацію темпераментів, яку виклав у трактаті “De temperamentum”.

Чотири первинні рідини Гален сприймав відповідно до загальної космологічної теорії, за якою вогонь, земля, повітря і вода є спільною основою всіх речей. З дев’яти визначених і описаних Галеном темпераментів лише чотири пройшли випробовування часом, оскільки кожен з них зумовлений переважанням в організмі одного із “соків”.

На думку Галена, якщо в організмі людини переважає “гаряча кров” (sanguis), то в її поведінці яскраво виявляються риси сангвіністичного темпераменту – енергія, впевненість, рішучість. Якщо ж цю “гарячу кров” охолоджує “надлишковий слиз” (phlegma), то це призводить до появи флегматичного темпераменту для якого характерні холоднокровність, спокій, неспішність у діях.

Їдка жовч (chole) сприяє утворенню неврівноваженого холеричного темпераменту, а коли в організмі накопичується багато зіпсованої “чорної жовчі” (melan chole), це приводить до формування меланхолічного темпераменту. Арістотель також пов’язував меланхолію з “чорною жовчю”.

Люди різного *темпераменту* можуть добитись у житті дуже високих досягнень *в одній і тій же діяльності*. Якщо взяти великих письменників, то О.Г. Герцен був типовим сангвініком, І.А. Крилов – флегматиком, О.С.

Пушкін – холериком, М.В. Гоголь – меланхоліком. Приблизно в один і той же час прославили себе великі російські полководці – холерик О.В. Суворов і флегматик – М.І. Кутузов.

Наукове пояснення темпераментів дав *І.П. Павлов*. Він відкрив *три властивості* процесів збудження і загальмованості вищої нервової діяльності:

- ✓ силу процесів збудження і гальмування;
- ✓ рівновагу процесів збудження і гальмування;
- ✓ рухливість цих процесів, тобто здатність швидко змінювати один одного.

І.П. Павлов за силою нервових процесів розрізняв *сильну і слабку* нервову систему. Представників сильної нервової системи він у свою чергу підрозділив за *врівноваженістю* на сильних урівноважених і сильних неуврівноважених.

Сильних урівноважених за *рухливістю* поділив на рухливих і інертних.

Слабкий тип він не ділив. Співвідніс виділені їм типи нервової системи з психологічними типами темпераментів і виявив цілковитий збіг.

Таким чином, *темперамент* є проявом типу нервової системи в діяльності, поведінці людини.

**Темперамент** – це індивідуальні особливості людини, які визначають динаміку його психічної діяльності і поведінки.

У результаті, співвідношення типів нервової системи Павлов виділив так:

1. Сильний, урівноважений, рухливий тип (“живий” за І.П. Павловим) – сангвінічний темперамент;
2. Сильний, урівноважений, інертний тип (“спокійний”, за І.П. Павловим) – флегматичний темперамент;
3. Сильний, неуврівноважений, із переважанням збудження (“безутримний” за І.П. Павловим) – холеричний темперамент;
4. Слабкий тип (“слабкий” за І.П. Павловим) – меланхолічний темперамент.

Слабкий тип ні в якому разі не можна вважати інвалідним або неповноцінним типом. Не дивлячись на слабкість нервових процесів, представники слабого типу, виробляючи свій індивідуальний стиль, можуть добитись великих досягнень у науці, праці, творчості.

Темперамент проявляється в різних видах діяльності людей, про які

слідчий може одержати відомості шляхом спостереження, опитування знайомих, співробітників, вивченням характеристик і особових справ. Вивчаючи, співставляючи зібрані дані, він робить висновок про властивий допитуваному темперамент.

### *Характеристика типів темпераменту.*

*Сангвінічний темперамент.* Представник цього типу відрізняється великою рухливістю, веселий, життєрадісний, легко пристосовується до змін умов життя, у нього швидка мова, здатність швидко переключати увагу, забувати образи, легко переживає невдачі, легко сходиться з людьми, товариський. Внутрішній стан сангвініка можна легко вгадати по обличчю, але треба враховувати його здатність добре стримувати свої почуття.

*Флегматичний темперамент.* Представники цього типу повільні, спокійні, неквапливі, але енергійні. Відрізняються працездатністю, витримкою, терплячістю, наполегливістю. Люблять порядок, звичну обстановку, не люблять змін, як правило, все розпочате доводять до кінця.

У відношеннях з людьми товариські, не люблять пустопорожніх бесід, флегматиків важко вивести із себе і вразити емоційно, вони уникають сварок, їх важко розсмішити, розгнівити.

*Холеричний темперамент* – відрізняється швидкістю, гарячковістю, поривчастістю, збудженістю. Вони запальні, легко і швидко роздратовуються.

У відношеннях з людьми допускають різкість, нестриманість, невірноваженість, через це, не можуть об'єктивно оцінити вчинки людей і на цьому ґрунті часто створюються конфліктні ситуації в колективі.

*Меланхолічний темперамент.* Люди цього типу повільні в рухах, мові, володіють підвищеною емоційністю, чутливістю; тривале і сильне напруження викликає в них уповільнену діяльність, а потім і припинення її.

Меланхоліки легко вразливі, важко переносять образу, смуток, хоча зовнішньо всі ці переживання виражаються слабо. Вони замкнуті, пасивні, недовірливі, легко піддаються страху. Їх лякає незвична обстановка, нові люди, вони соромляться, ніяковіють, губляться. Павлов казав: “Він ні в що не вірить, ні на що не надіється, у всьому бачить і чекає тільки погане, небезпечне”.

*Темперамент* відбивається на характері, активності, працездатності, пристосовуваності до зміни умов, врівноваженості поведінки.

Звідси можна зробити деякі рекомендації про індивідуальний підхід до особистості.

*Холерика і сангвініка* доцільно спонукати бути уважним, зосередженим, неквапним, а коли це необхідно, сповільнити темп розмови, проявляючи пильність у з'ясуванні цікавлячого факту.

*Флегматика* не слід підганяти з відповіддю, треба дати можливість добре подумати.

*До меланхоліка* слід проявити виняткову чутливість, ввічливість, намагатись привернути його до себе і тим самим допомогти йому позбавитись невпевненості, недовірливості, відлюдкуватості.

Індивідуальний стиль діяльності. Оскільки формування особливостей темпераменту є процес, у величезній мірі залежить від розвитку вольових рис особистості, першорядне значення для виховання темпераменту має формування морально-вольових рис характеру. Оволодіння своєю поведінкою і означатиме формування позитивних якостей темпераменту. Разом з тим вихователю слід мати на увазі, що темперамент треба строго відрізнити від характеру. Темперамент ні в якій мірі не характеризує змістовну сторону особистості (світогляд, погляди, переконання, інтереси і т. п.), не визначає цінність особистості або межі можливих для даної людини досягнень. Він має відношення лише до динамічної сторони діяльності. Характер ж нерозривно пов'язаний з змістовною стороною особистості. Безперечно, що при будь-якому темпераменті можна розвинути всі суспільно цінні властивості особистості. Однак конкретні прийоми розвитку цих властивостей істотно залежать від темпераменту. Тому темперамент - важлива умова, який треба враховувати при індивідуальному підході до виховання і навчання, до формування характеру, до всебічного розвитку розумових і фізичних здібностей.

Структура характеру. Загальна якість особистості і сукупність ряду її своєрідних рис - це і є характер. Людина при взаємодії з навколишнім середовищем в своїй діяльності формується і проявляє різні індивідуально-психологічні особливості. Характер - це не просто підсумовування окремих особливостей особистості. Кожна людина має багато окремих характерологічних рис, і ще більше відтінків кожної з них. І щоб вивчити характер людини, потрібно відповісти на питання: що в ньому головне? Виступаючи як інтегральний показник проявів особистості, характер включає в себе різні компоненти підструктур: спрямованість, переконання, розумові риси, волю, емоції, темперамент. Структурність характеру виявляється у закономірній залежності між згаданими компонентами. Більшість

дослідників виділяють в структурі характеру, що вже склався, зміст і форму. Зміст характеру складає спрямованість особистості: її матеріальні та духовні потреби, інтереси, ідеали та соціальні установки. Зміст характеру виявляється у вигляді певних ставлень, які вказують на вибіркову активність людини. В різних формах характеру виявляються різні способи прояву ставлень, емоційно-вольових особливостей поведінки, темпераменту. Вивчення і розуміння такого складного цілого, як характер, не є можливим без аналізу його окремих сторін або типових проявів - рис характеру. Під рисами характеру розуміють індивідуальні звичні форми поведінки людини, через які аналізується його ставлення до дійсності. В структурі характеру умовно виділяють дві групи рис. Першу групу складають риси, які входять до підструктури спрямованості особистості. Це сталі потреби, інтереси, нахили, цілі, ідеали, а також система ставлень особистості, які виступають підставою для класифікації основних рис характеру, а саме:

- ставлення до інших людей, яке виявляється через такі риси характеру як «товариськість - замкненість», «правдивість - облудність», «тактовність - брутальність»;
  - ставлення до справи, яке виявляється через такі риси характеру як «відповідальність - несумлінність», «працьовитість - лінощі»;
  - ставлення до себе, яке виявляється через такі риси характеру як «скромність - самозакоханість», «гордість - смиренність», «самокритичність - самовпевненість»;
  - ставлення до власності, яке виявляється через такі риси характеру як «щедрість - жадібність», «акуратність - неохайність», «ощадливість - марнотратність». До другої групи відносять інтелектуальні, вольові та емоційні риси характеру: кмітливості, рішучості, ніжності та ін. Усі риси характеру можна також розподілити на основні (провідні), які задають загальну спрямованість розвитку всього комплексу його проявів, і другорядні, зумовлені основними. Знання провідних рис характеру дозволяє зрозуміти його суть, передбачити основні прояви. Наприклад, якщо провідною рисою студента є відповідальність, він прагне виконувати усі навчальні завдання, складати заліки та іспити у встановлений термін. Якщо ж провідна риса - лінощі, студент завжди знаходитиме виправдання невчасному виконанню графіка навчального процесу. Аналізуючи риси характеру, слід враховувати, що характер як інтегральне утворення найбільш повно виявляє себе у таких основних властивостях:
- Повноті - вказує на гармонійний розвиток розумових, моральних, емоційно-вольових якостей особистості, різнобічність її прагнень і захоплень.
  - Цілісності - це єдність психічного складу людини, незалежність проявів рис

характеру від ситуацій, відсутність розбіжностей у поглядах, єдність слова та діла.

- **Визначеності** - виявляється у сталості поведінки, яка базується на переконаннях та моральних уявленнях, що складають смисл життя і діяльності людини.

- **Силі** - це енергія, з якою людина прагне досягти поставлених цілей, її здатність до концентрації зусиль при зустрічі з перешкодами і труднощами, вміння їх долати. В характері кожної людини можна виділити типові (загальнолюдські, національні тощо) та індивідуальні риси, які взаємодоповнюють одні одних і утворюють цілісний психічний склад особистості. Людина виявляє ті чи інші особливості поведінки залежно від того, які властивості переважають у її характері.

## 5. Кількісна та якісна характеристика здібностей.

**Здібності** – це індивідуально-стійкі властивості людини, завдяки яким вона легко набуває знань, умінь і навиків й успішно займається якою-небудь діяльністю.

Здібності виявляються лише в діяльності, вони визначають динаміку набуття досвіду, швидкість, глибину, легкість, тривалість.

Розрізняють *загальні* і *спеціальні* здібності.

Якщо в людини є загальні здібності, вона може успішно займатися різними видами діяльності. До загальних здібностей відносять й розвинену пам'ять, досконалу мову. Спеціальні здібності математичні, технічні, музичні, спортивні, художні та інші дають змогу людині виконувати успішно будь-яку певну діяльність.

Загальні та спеціальні здібності співіснують і доповнюють одна одну.

Здібності поділяють на *теоретичні*, що визначають схильність людини до абстрактно-теоретичних розмірковувань, та *практичні* – схильність до конкретних, практичних дій. Такі здібності разом зустрічаються лише в обдарованих, талановитих людей.

Поняття здібностей тісно пов'язане з поняттям **задатків**. У людини є два види задатків: *вроджені* (природні) та *набуті* (соціальні).

Природні задатки треба розвивати, а цього можна досягти лише в процесі діяльності.

Сукупність задатків, які потім розвиваються в здібності називаються **обдарованістю** людини.

Високий рівень розвитку здібностей, які зумовлюють особливо успішне, самостійне і оригінальне виконання певної діяльності,

називається **талантом**. Найвищий ступінь талановитості називається **геніальністю**.

Кожну людську особистість характеризує загальна **направленість**, тобто ті прагнення, мотиви, що виникають на основі потреб, інтересів, переконань. Ця спрямованість спонукає людину бути активною, діяльною і виявляти певне ставлення до навколишнього світу. Направленість особистості формується під впливом *потреб*.

Потреби бувають *біологічні*, пов'язані з потребою організму в їжі, одязі, житлі, рухах, відпочинку і *соціальні*, (у тому числі духовні, культурні прагнення до знань, задоволення інтелектуальних запитів, естетичних смаків, спілкування людей один з одним). Біологічні потреби є і в тварин, проте в людини вони залежать від виховання, впливу навколишнього соціального середовища.

*Духовні* потреби людини можна поділити на дві групи:

✓ потреби в інформації;

✓ потреби в естетичних переживаннях, які задовольняються нашими спостереженнями за природою, читанням художньої літератури, заняття мистецтвом тощо.

Особливий вид потреб – потреби в *трудовій* діяльності, у розумовій і фізичній праці, творчості, створенні нових цінностей. Праця необхідна як для задоволення матеріальних, фізичних потреб людини, так і для її нормального психічного стану.

Потреби тісно пов'язані з емоціями. Задоволення чи незадоволення потреб спричиняють відповідні почуття, які можуть підсилювати чи стримувати, породжувати потреби.

На основі потреб у людей виникають інтереси і нахили, які визначають направленість особистості.

**Під інтересом** розуміють прагнення людини звертати на що-небудь увагу, пізнавати будь-які предмети і явища. Прагнення до якої-небудь діяльності називають **нахилом**.

Інтереси і нахили тісно пов'язані з емоційним життям, активністю.

Інтереси, як і потреби, поділяються на *матеріальні* і *духовні*, можуть бути *прямі* і *непрямі*.

Буває так, що прямого інтересу, наприклад, до математики, людина не відчуває, але вона цікавиться технікою і розуміє, що без математики в цій галузі нічого не можна зробити. Завдяки зацікавленості в техніці в людини

виникає інтерес і до математики. Але цей інтерес уже є не прямим, а побічним.

Інтереси – найважливіші умови духовного і фізичного розвитку людини, спонукають її розширювати кругозір, набувати знань.

У процесі діяльності інтереси переростають у нахили.

### **Питання для самоконтролю**

1. Розкрийте співвідношення понять «індивід», «індивідуальність», «особистість», «людина».
2. Охарактеризуйте складові психологічної структури особистості.
3. Охарактеризуйте особливості основних типів темпераменту.
4. Охарактеризуйте мотиваційну сферу особистості.

**Самостійна робота: Вчення І. Павлова про типи нервової системи та вищої нервової діяльності.**

**Задачі:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Література**

#### **Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко  
Ст. 58-75

#### **Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана.  
Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.  
Ст. 145-164

#### **Інформаційні ресурси:**

1. <https://fku.kubg.edu.ua/images/stories/Departaments/uk/PDF/temperament.pdf>

## **Лекція № 3**

### **Тема лекції: Відчуття та сприймання. Мислення і пам'ять. Емоції та почуття. Воля.**

**Мета:** надати здобувачам освіти знання про психічні пізнавальні процеси (відчуття, сприйняття, емоції, пам'ять, почуття, воля) та їх особливості.

**Навчальна:** сформуванню у здобувачів освіти знання основних психічних пізнавальних процесів, їх характеристики, особливості, види та структуру.

**Виховна:** розкрити шляхи до самовдосконалення.

#### **Загальні компетентності:**

*ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.*

#### **Спеціальні компетентності:**

*СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.*

#### **Результати навчання:**

*РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.*

### **План лекції**

1. Поняття психічного процесу та їх класифікація.
2. Характеристика пізнавальних психічних процесів.
3. Основні властивості емоційних процесів особистості.
4. Вольова сфера особистості та засоби її формування

### **Зміст лекції**

#### **1. Поняття психічного процесу та їх класифікація.**

**Психічний процес** – це суб'єктивне відображення об'єктивної дійсності.

Є три групи психічних процесів: пізнавальні, емоційні, вольові. До пізнавальних належать: відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення та мова,

увага та уява. До емоційних – емоції та почуття. До вольових воля та вольові дії.

**Відчуття** – це найпростіший психічний процес відображення дійсності, окремих властивостей предметів при їх безпосередній дії на органи відчуття. Органом відчуття є аналізатор. Він складається з трьох частин: рецептору, аферентних і еферентних нервових шляхів, центральної ділянки кори головного мозку.

### **Види відчуттів:**

1. За аналізатором розрізняють – зорові, слухові, смакові, дотикові та нюхові відчуття;

2. За місцем розташування виділяють екстероцептивні, пропріоцептивні та інтероцептивні відчуття.

- екстероцептивні (від лат. - зовнішній) - відображають якості предметів і явищ навколишнього світу, рецептори знаходяться зовні тіла, до них належать: зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні та інші відчуття;

- інтероцептивні (від лат. - всередині) - рецептори розташовані на внутрішніх органах і відображають їхній стан, до них належать органічні відчуття;

- пропріоцептивні (від лат. - власний) - рецептори розташовані в рухових апаратах нашого організму, вони дають нам інформацію про рух і положення тіла в просторі. До них належать кінестетичні (кінестезичні) відчуття, які відображають рухи тіла; статичні відчуття, які відображають стан рівноваги тіла.

Рецептором зорового аналізатора є око. Кольоровим відчуттям відповідає певний тон. Кожний колір формує відповідний емоційний стан.

Рецептором слухового аналізатора є закінчення слухового нерва у внутрішньому вусі.

Види слухових відчуттів: мовні, музикальні, шумові.

Рецептором м'язово-рухових відчуттів є нервові закінчення нервів, що розташовані в м'язах, сухожилках, зв'язках. Ці відчуття дають інформацію про положення тіла в просторі та його рух. В результаті діяльності вестибулярного апарата формується відчуття рівноваги.

Закономірності відчуттів:

а) пороги чутливості: нижній абсолютний поріг чутливості, верхній абсолютний поріг чутливості та поріг чутливості до розрізнення.

Найменша сила подразника, яка, діючи на аналізатор, викликає ледве помітне відчуття, називається нижнім абсолютним порогом чутливості.

Нижній поріг характеризує гостроту чутливості аналізатора. Між абсолютною чутливістю і величиною порога існує обернене відношення: що нижчий поріг, то чутливість вища і навпаки. Найбільша сила подразника, при якій ще існують відчуття певного виду, називається верхнім абсолютним порогом чутливості. Пороги чутливості індивідуальні для кожної людини.

За допомогою органів чуття ми можемо не лише констатувати наявність того чи іншого подразника, але й розрізняти подразники за їхньою силою, інтенсивністю і якістю.

Найменше збільшення сили подразника, яке викликає ледве помітну різницю відчуттів, називається порогом чутливості до розрізнення.

б) адаптація (негативна, позитивна, біологічна, соціально-психологічна, психофізіологічна) або пристосування, це зміна чутливості під впливом постійного подразника, що проявляється у зниженні або підвищенні порогів.

в) взаємодія відчуттів - це зміна чутливості однієї аналізаторної системи під впливом діяльності іншої системи.

г) сенсibiliзація - підвищення чутливості в результаті взаємодії аналізаторів, а також систематичних вправ.

д) синестезія - це виникнення під впливом подразника одного аналізатора відчуттів, характерних для іншого аналізатора. Найчастіше трапляється зоровослухова синестезія, коли при дії звукових подразників у людини виникають зорові образи.

е) контраст - це зміна інтенсивності і якості відчуттів під впливом попереднього або супутнього подразника.

**Сприйняття** – це відображення в свідомості людини предметів і явищ в цілому при їх безпосередній дії на органи відчуттів.

Властивості сприйняття:

- предметність;
- цілісність;
- константність;
- осмисленість;
- вибірковість;
- апперцепція.

Під предметністю розуміється сприйняття предмету як об'єктивного образу, а не як суб'єктивного переживання.

Під цілісністю розуміється сприйняття не окремих властивостей предмету, а сприйняття його елементів в цілому. При цьому відсутні елементи, як правило, доповнюються особистістю.

Константність – це сприйняття предмету постійним за кольором, формою, величиною.

Осмисленість – сприймаючи предмети людина виходить з досвіду при їх поясненні.

Вибірковість- при сприйнятті відображаються значимі для людини сторони предмету.

Апперцепція- характеризує явище, при якому одні і ті ж предмети різними людьми сприймаються по-різному.

Велике значення в сприйнятті відводиться ролі: завдань; установок; психічних станів; досвіду; знань; потреб; інтересів; індивідуальних особливостей; професійній діяльності людини.

Основними операціями сприйняття є аналіз і синтез.

Види сприйнять: зорові; слухові; нюхові; смакові; дотикові; сприйняття часу;

руху; простору; ритму і темпу.

Особливості сприйняття людини людиною залежать від: віку; статі; індивідуальних особливостей людини; професії та загальних закономірностей сприйняття та відчуттів.

**Пам'ять** – це процес відображення дійсності який заключається в запам'ятовуванні, збереженні і відтворенні матеріалу.

#### **Основні процеси пам'яті:**

- запам'ятовування (довільне і мимовільне);
- збереження (короткочасне і довготривале);
- відтворення (впізнавання і пригадування);
- забування.

#### **Види пам'яті:**

1. За способом заучування матеріалу - пам'ять буває логічна і механічна;
2. За збереженням матеріалу в пам'яті – короткочасна і довготривала.
3. За використанням вольових зусиль - мимовільна і довільна;
4. За ведучим аналізатором – зорова, слухова, смакова, нюхова, дотикова;

Виділяються також професійна, оперативна, образна, емоційна та рухова пам'ять.

Засоби заучування матеріалу: осмислення та багаторазове повторення.

Збереження залежить від: мети, часу, заучування та відтворення, психічного стану, значимості матеріалу для особистості.

Забування інтенсивно протікає в перші 48 годин.

Індивідуальні відмінності пам'яті:

1. Об'єм;
2. Швидкість запам'ятовування;
3. Точність відтворення;
4. Міцність збереження;
5. Готовність до відтворення.

**Увага** – це спрямованість і зібраність психічної діяльності на певному об'єкті. Увага входить в пізнавальні процеси особистості. Вона пов'язана з волею, інтересом, та видом діяльності.

Види уваги: довільна, мимовільна, післядовільна.

Властивості уваги:

- об'єм (5 + 2 предмети);
- концентрація (характеризується затротою нервової енергії на виконання завдання і є результатом оптимального збудження в одних ділянках кори головного мозку при його гальмуванні в інших ділянках)
- стійкість (збереження необхідної концентрації на протязі тривалого часу);
- переключення (здатність швидко і точно переходити від одного виду діяльності до іншого);
- рухливість (закономірна періодична зміна об'єктів);
- розподіл (спрямованість психічної діяльності одночасно на декілька об'єктів).

Типи людей: уважний, неуважний.

Оптимальний об'єм уваги є в 33 роки, мінімальний в 18-21 рік. Найкраща вибірковість уваги – в 33 роки, переключення - в 29 років, стійкість – в 34 роки.

**Мислення** – це складний психічний процес опосередкованого відображення дійсності, суті предметів, їх зв'язків і відношень. Мислення опирається на дані відчуттів і сприйнять. Перехід від відчуттів і сприйнять до процесу мислення здійснюється на рівні другої сигнальної системи при допомозі слова. Мислення соціально зумовлене. Фізіологічним механізмом мислення є складна аналітики-синтетична діяльність кори головного мозку.

Мислення вивчають логіка і психологія. Логіка вивчає форми мислення – поняття, судження, умовивід. Психологія вивчає мислення як процес.

**Поняття** – це думка, виявлена в слові. Вони бувають конкретні і абстрактні, загальні і одиничні.

**Судження** – відображає зв'язки між предметами.

**Умовивід** – це операція при якій істинність одного судження виводиться з істинності іншого.

Основними мислительними операціями є:

1. аналіз (розподіл цілого на частини);
2. синтез (об'єднання частин в ціле);
3. порівняння (встановлення подібності і різниці об'єктів);
4. абстрагування (виділення основних ознак, відволікаючись при цьому від інших);
5. узагальнення (абстрагуючи властивості предметів ми їх підводимо до єдиного цілого);
6. конкретизація (протилежна риса абстрагуванню);
7. класифікація (об'єднання предметів в групу на основі загальних ознак);
8. систематизація (розташування предметів в певному порядку відповідно існуючим між ними зв'язкам).

Мислення виникає коли є: проблема, задача, мета.

Проблемна ситуація – людина зіткнулася з чимось новим. Задача – усвідомлення проблеми.

Етапи процесу вирішення задач:

1. постановка питання;
2. аналіз гіпотез;
3. вияснення умов завдання;
4. власне рішення;
5. перевірка його правильності.

Види мислення:

1. наглядно-дійове (задача вирішується в процесі діяльності);
2. наглядно-образне (задача вирішується на образному матеріалі);
3. теоретичне (задача вирішується в словесній формі);
4. оперативне (задача планується і вирішується в умовах дефіциту часу).

Якості мислення:

- самостійність (бачення проблеми і здатність не піддатися тиску);
- глибина (ступінь проникнення в проблему);
- ширина (уміння тримати під контролем велику кількість зв'язків);
- гнучкість (уміння знайти нові підходи до вирішення проблеми);
- критичність (уміння правильно оцінити умови і власну діяльність);
- швидкість (моментальне знаходження правильних рішень).

## **2. Характеристика пізнавальних психічних процесів.**

Пізнавальна діяльність людини включає в себе такі процеси:

✓ *сенсорні* (від латинського *sensus* – відчуття) – пізнавальні процеси, які відображають окремі властивості предметів і явищ;

✓ *перцептивні* (від латинського *percipere* – сприймати) – пізнавальні процеси, які відображають предмети і явища в цілісному вигляді;

✓ *мнемічні* (від латинського *mneme* – пам'ять) – процеси створюють образи пам'яті, уяви;

✓ *інтелектуальні* (від латинського *intellectus* – розум) або розумові процеси, які відображають істотні зв'язки між явищами.

Відчуття, сприйняття, уява, пам'ять відносяться до чуттєвих форм пізнання.

### **Сприйняття та його сутність**

На відміну від процесу відчуття, при сприйманні людина пізнає не окремі властивості предметів і явищ, а предмети і явища оточуючого світу в цілому.

Сприймаючи ми не тільки виділяємо групу відчуттів і об'єднуємо їх в цілісний образ, але й осмислюємо цей образ, розуміємо його, використовуючи для цього свій минулий досвід.

**Сприйняття** – це відображення цілісних предметів і явищ при безпосередній дії подразників на органи чуття.

Сприйняття може бути *повним і неповним, глибоким і поверхневим, помилковим або ілюзорним, швидким і повільним.*

Основними властивостями образу, що створюється в процесі і в результаті сприймання є предметність, цілісність, константність та категоріальність.

*Предметність* сприйняття – це здатність людини сприймати світ не у вигляді набору не пов'язаних один з одним відчуттів, а у формі відокремлених один від одного предметів, що мають властивості, які викликають дані відчуття.

*Цілісність* сприйняття виражається в тому, що сприймаючи певний об'єкт, ми виділяємо його окремі ознаки, сторони, властивості і водночас об'єднуємо їх в єдине ціле, завдяки чому і виникає його образ у цілому.

*Константність* сприйняття – це здатність сприймати предмети відносно постійними за формою, кольором та величиною ряду інших параметрів незалежно від змін фізичних умов сприйняття.

*Категоріальність* людського сприйняття проявляється в тому, що воно носить узагальнений характер, і кожен предмет ми позначаємо окремим поняттям, відносимо до певного класу.

Відповідно до цього класу в предметі ми бачимо ознаки, притаманні всім предметам даного класу.

Залежно від переважання ролі того чи іншого аналізатора можна говорити про:

- ✓ *зорове* сприйняття (розглядання скульптури, картини та ін.);
- ✓ *слухове* сприйняття (слухання оповідання, концерту та ін.);
- ✓ *тактильне* сприймання (обмацування, доторкування).

Буває сприйняття:

- ✓ простору, часу, руху;
- ✓ предмета, мови, музики;
- ✓ людиною людини.

Усі предмети матеріального світу, який оточує нас, перебувають у просторі, займають у ньому певне місце, мають величину, об'єм, форму, розташовані на тій чи іншій відстані від нас та інших предметів. Відображення в нашій свідомості цих просторових властивостей предметів називається **сприйняттям простору**.

Крім того, предмети матеріального світу перебувають у русі і змінюються. Ці рухи і зміни відбуваються протягом якогось часу. Відображення у свідомості людини послідовності й тривалості рухів і змін предметів називається **сприйняттям часу**.

**Сприйняття руху** – це відображення напряму та швидкості просторового існування предметів.

Воно може здійснюватись також і на основі розумових висновків (логіки).

**Сприйняття людиною людини** здійснюється на основі зовнішності, поведінки, манер, мови, жестів, емоцій, діяльності та ін.

Сприймаючи дії, рухи, вчинки, діяльність людини, люди уточнюють свої враження один про одного, доходять до психологічної сутності іншого, корегують своє ставлення до іншої людини. Усе це відбувається в процесі спілкування і детерміноване віком, професією, статтю, установками, вихованням та ін.

Особливостями сприйняття є ілюзії, спостереження.

**Ілюзія** – це спотворене відображення дійсності. В основному це зорові ілюзії, зумовлені поганим зором: у результаті короткозорості, далекозорості, дальтонізму.

Ілюзії іноді виникають унаслідок особливих умов, при яких проходить спостереження.

**Спостереження** – це сприйняття, яке тісно пов'язане з діяльністю мислення – порівнянням, відмінностями, аналізом. Недарма спостереження іноді називають “думаючим сприйняттям”.

Спостереження – це вмисне планомірне сприйняття, здійснюване з певною, ясно усвідомленою метою. Високий розвиток спостережливості вимагає зацікавленості, постійного прагнення пізнати нове, глибше вникати в те, що оточує людину, з чим вона стикається в праці, житті.

### **Увага як форма психічної діяльності людини**

**Увага** – це спрямованість і зосередженість свідомості на певних об'єктах або певній діяльності.

Ми можемо дивитись на будь-який предмет і не помічати його або ж бачити його дуже погано. Заглиблена у свої думки людина не чує розмов, що ведуться поруч із нею, хоча звуки голосів долинають до її слухового апарата. Глибоко зосередившись на якомусь предметі чи діяльності, людина підмічає всі деталі цього предмета і діє дуже продуктивно. Увага завжди є виділенням чогось і зосередженістю на цьому. Але увага до одного або кількох об'єктів є завжди неухвага до інших.

Увага людини має п'ять основних властивостей: стійкість, зосередженість, переключення, розподіл та обсяг.

*Стійкість* уваги виявляється в здатності протягом тривалого періоду часу зберігати увагу на певному суб'єкті, предметі діяльності. Стійкість уваги залежить від багатьох причин:

- ✓ індивідуальні фізіологічні особливості людини, зокрема, властивості її нервової системи, загальний стан організму в даний момент;
- ✓ психічний стан (наприклад, збудженість);
- ✓ мотивація (наявність чи відсутність інтересу до предмета діяльності. Його значимість для особистості);

✓ зовнішні обставини здійснення діяльності.

Стійка увага може зберігатися протягом 10-15 хвилин.

*Зосередженість* уваги – утримування уваги на одному об'єкті, або на одній діяльності, абстрагуючись від усього іншого. Зосередженість уваги іноді називають концентрацією.

*Переключення* уваги розуміють, як зміну її спрямованості з одного об'єкта на інший, з одного виду діяльності на інший.

*Розподіл* уваги – це одночасна увага на значному просторі, на кількох об'єктах, одночасне виконання кількох видів діяльності.

*Обсяг* уваги – це така її характеристика, яка визначається кількістю інформації, що одночасно може зберігатись у сфері підвищеної уваги людини (середній обсяг уваги людини 45-7 одиниць інформації).

Увага виражається в міміці, а також у позі, рухах. Уважного слухача легко відрізнити від неувважного.

Ми уважно чи неувважно дивимося, слухаємо, тобто сприймаємо, думаємо, або щось робимо. Отже, увага – це властивість різних психічних процесів.

Розрізняють такі види уваги: довільна, мимовільна та післядовільна.

*Довільна* – виникає, коли в людини з'являється мета, намір що-небудь сприймати чи робити. Коли важко зосередитись, але людина примушує себе зробити це. Довільна увага або навмисна з'являється в результаті трудових зусиль, тому має вольовий характер.

*Мимовільна* – виникає незалежно від наміру та мети людини. Таку увагу викликають усілякі сильні подразники: раптовість, рухомі предмети, новизна, контрастні предмети. На дану увагу впливає внутрішній стан людини.

Ще один вид – *післядовільна* увага, введена в психологію Н.Ф. Добриніним.

Наприклад, індивід так захопився роботою, що його важко від неї відірвати.

Увага, яка спершу підтримувалася вольовими зусиллями, тобто була довільною, переходить у післядовільну.

Вона характеризується тривалою зосередженістю, з нею обґрунтовано пов'язують найбільш інтенсивну та плідну розумову й творчу працю, високу продуктивність усіх видів праці.

Залежно від характеру дії людини її увага буває зовнішньою і внутрішньою.

*Зовнішня* увага виявляється в зовнішніх діях людини, вона спрямована на теоретичне і практичне оволодіння навколишнім середовищем.

*Внутрішня* увага виявляється в наших внутрішніх діях, наприклад, розв'язання задач “про себе”, самостереження тощо.

### **3. Основні властивості емоційних процесів особистості.**

З утворенням “Я” дитина починає виділяти себе з предметного світу і людського оточення, а в окремих випадках навіть протистоїть їхнім діям.

Це і є початок **формування особистості** – перехід від індивіда до власне особистості.

Здатність до самоуправління змінюється з віком і у зв'язку з патологічними змінами особистості.

**Особистість як самоуправна система**, здійснює:

- ✓ виклик, затримку процесів (дій, вчинків);
- ✓ переключення психічної діяльності;
- ✓ її прискорення чи сповільнення;
- ✓ підсилення чи послаблення активності;
- ✓ узгодження спонукань;
- ✓ контроль за діяльністю через зіставлення наміченої програми зі здійснюваними діями;
- ✓ координацію дій.

Самоуправління особистості має два види:

- ✓ оперативне або повсякденне;
- ✓ перспективне, що визначається далекими цілями.

Саморегуляцію як прояв волі розрізняють за типами:

- перший – визначається як морально-вольовий;
- другий – аморально-вольовий;
- третій – абулічний, слабкий;
- четвертий – імпульсивний.

Існують і проміжні типи.

### **4. Вольова сфера особистості та засоби її формування**

**Воля** людини проявляється за такими якостями, як сила, моральна вихованість, самостійність.

За силою вольові прояви можуть характеризуватися, як сильні, середні, слабкі.

Якщо людина в складних для неї ситуаціях проявляє самовладання, наполегливість, витривалість, то це означає, що людина володіє **сильною волею**.

**Слабкий** прояв волі розцінюється відсутністю волі, як безволля.

**Морально вихована людина** проявляє вольові риси характеру:

наполегливість, мужність, сміливість, витримку, самостійність, стійкість, дисциплінованість та ін.

**Слабовольні, слабохарактерні** мають недоліки в моральному вихованні. Вони, виходячи з користолюбних цілей, легко можуть іти на обман, швидко піддаються впливу зацікавлених осіб. У таких людей риси характеру: правдивість, сором'язливість, рішучість, справедливість будуть проявлятися своєрідно.

Так, якщо правдивість сміливої людини проявляється у всіх випадках, то правдивість, справедливість боягузливого буде залежати від того, чи не заподіє вона шкоди його особистим інтересам. Сором'язливість самолюбивої людини буде відрізнятися від сором'язливості скромної: у самолюбивого вона пов'язана з побоюванням принизити себе в очах інших людей, а в скромного – із високою самокритичністю.

У вольової людини – воля домінує над почуттям, а вчинки часто скоюються під впливом випадково виниклих почуттів, настрою.

Здійснюючи вольові вчинки, людина в процесі діяльності виробляє в собі вольові якості, що характеризують її як особистість і мають дуже велике значення для життя та праці. Одні властивості роблять людину більш активною, що пов'язано з переважанням процесів збудження в корі півкуль, інші виявляються в гальмуванні, затримці, пригніченні небажаних психічних процесів і дій.

До рис, пов'язаних з активністю, належать рішучість, сміливість, мужність, наполегливість, самостійність.

До рис волі, пов'язаних із гальмуванням небажаних психічних процесів і дій, належать витримка (самовладання), витривалість, терпіння, дисциплінованість та організованість.

У повсякденній поведінці, навіть у дрібницях, виявляється також підтягнутість, точність, акуратність людини.

Кожній людині потрібно працювати над вихованням волі. Виховання волі залежить від мети, усвідомлення поставленої мети. Постійна, систематична робота над собою допоможе загартувати волю.

### **Питання для самоконтролю**

1. Які психічні пізнавальні процеси ви знаєте?
2. Що таке відчуття
3. Які відмінності є між відчуттям і сприйняттям?
4. Які види пам'яті ви знаєте?
5. Охарактеризуйте уяву.

**Самостійна робота:** *Пам'ять. Види. Розлади.*

**Задачі:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Література**

#### ***Основна:***

1. Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко  
Ст. 89-100; 101-122; 126-132

#### ***Додаткова:***

2. Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана.  
Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.  
Ст. 42-85; 97-114

#### ***Інформаційні ресурси:***

<https://fku.kubg.edu.ua/images/stories/Departaments/uk/PDF/temperament.pdf>

**Лекція № 4**  
**Тема лекції: Мова. Мовлення. Спілкування. Мистецтво спілкування**

**Мета:** надати здобувачам освіти знання про мистецтво спілкування, основні поняття мова та мовлення і їхні відмінності.

**Навчальна:** сформувати у здобувачів освіти знання мистецтва спілкування та фізіологічний механізм мовної діяльності.

**Виховна:** розкрити шляхи до самовдосконалення.

**Загальні компетентності:**

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.  
ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

**Спеціальні компетентності:**

СК. 3. Здатність до самоменеджменту у професійній медичній діяльності.

**Результати навчання:**

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

**План лекції**

1. Засоби, функції, різновиди спілкування.
2. Види мовлення та їх характеристики.
3. Мистецтво спілкування.

**Зміст лекції**

**1. Засоби, функції, різновиди спілкування.**

Серед чинників, що формують особистість, у психології виділяють насамперед трудову діяльність, пізнання і спілкування. Якщо формами і методами трудової діяльності, а також способами пізнання світу людина оволодіває протягом досить тривалого часу, то мистецтву спілкування особистість не навчається ніколи й ніде. Велика кількість проблем у житті,

зокрема в сім'ї, школі, на роботі, виникають саме тому, що люди не знають механізмів, законів спілкування, не є соціально компетентними.

Спілкування є важливою духовною потребою особистості як суспільної істоти. Потреба людини в спілкуванні зумовлена суспільними потребами, суспільним способом її буття, необхідністю взаємодії у процесі діяльності.

Будь-яка діяльність, і в першу чергу, трудова, не буде здійснюватися успішно, якщо між тими, хто її виконує, не будуть налагоджені відповідні контакти та взаєморозуміння.

У психології існують суперечливі трактування співвідношення понять спілкування та діяльності. Одні автори вважають спілкування різновидом діяльності, оскільки вміщує в себе стандартну структуру діяльності. Інші припускають, що спілкування - компонент будь-якої діяльності. Імовірніше, що виступаючи окремою психологічною категорією, спілкування однак тісно пов'язане з діяльністю, а саме:

- виступає способом організації діяльності (настанови дорослих щодо дій дітей),
- іноді уособлює зміст діяльності (робота вчителя, бесіда друзів),
- може супроводжувати діяльність (граючись, діти спілкуються між собою).

**Спілкування** - це взаємодія двох або більше людей, під час якої виникає психічний контакт, що проявляється в обміні інформацією, взаємовпливі, взаєморозумінні, взаємопереживанні. Крім взаємної спрямованості дій людей під час спілкування, найважливішою його характеристикою є те, що кожна особа у взаємодії однаковою мірою постає як суб'єкт, як особистість. В ході спілкування люди звертаються одне до одного, розраховуючи отримати відгук.

Суб'єктами спілкування є люди (не менш, ніж двоє) чи групи людей, які беруть участь у процесі взаємодії, зміст - наповненість спілкування - інформація, дії, емоції чи почуття, засоби - механізми передачі змісту - вербальні (слова) і невербальні (жести, міміка, пантоміміка, паузи, речі, одяг), результати - практичні - обмін інформацією, речами, виконання справи, психологічні - осмислення інформації, налагодження стосунків, переживання емоцій та почуттів.

Залежно від ознак, що є основою для класифікації, спілкування має ряд різновидів.

Класифікація видів спілкування

За кількістю учасників:

- міжособистісне,
- особистісно-групове,
- міжгрупове.

За особливостями сприймання суб'єктів:

- безпосереднє,
- опосередковане.

За тривалістю самого процесу спілкування:

- короткочасне,
- довготривале.

За характером взаємин суб'єктів:

- люди, групи суб'єкти

зміст

- інформація, дії,  
емоції, почуття

засоби

- вербальні,
  - невербальні результат
  - практичні, психологічні
- гармонійне,  
– конфліктне.

Залежно від досягнення мети:

- завершене, – незавершене.

Так, міжособистісне спілкування передбачає спілкування всіх суб'єктів спілкування - окремих людей; особистісно-групове - спілкування одного

суб'єкта, яким постає окрема особистість, з іншим - групою людей; міжгрупове - спілкування груп людей.

**Безпосереднє спілкування** - коли суб'єкти спілкуються віч-на-віч; опосередковане - особи використовують певні допоміжні об'єкти - телефон, інтернет, листи, інших людей.

Короткочасне спілкування, коли один акт спілкування триває не більше двох годин; довготривале - тривалість одного акту спілкування складає більше двох годин.

При гармонійному спілкуванні відсутні гострі конфлікти, а суперечки конструктивно долаються; під час конфліктного - наявні гострі чи хронічні конфлікти у взаєминах.

Завершене спілкування характеризується тим, що всі суб'єкти спілкування досягнули поставленої мети; незавершене - відзначається тим, що хоча б один суб'єкт чи всі не досягли поставленої перед спілкуванням мети.

#### *Засоби та функції спілкування*

Головним засобом спілкування в людській спільноті є мовлення. Однак поряд з ним широко використовуються й немовні (невербальні) засоби (міміка, пантоміміка, жести та ін.). Останні є другорядними і використовуються як допоміжні до мовних засобів.

Мовленнєве спілкування дає можливість отримувати різнобічну й узагальнену інформацію про зовнішній світ, про суб'єктивні стани індивіда, його думки, почуття, бажання, мрії та ідеали.

Більшість дослідників розділяють думку про те, що словесний канал використовується для передачі інформації, на той час як невербальний застосовується для «обговорення» міжособистісних стосунків, а в деяких випадках використовується замість словесних повідомлень.

Вивчаючи процес спілкування, соціальний психолог Г. Андреева визначила три провідні його сторони (функції): комунікативна, перцептивна,

інтерактивна.

**Комунікативна** - функція обміну інформацією між суб'єктами спілкування. Останні виступають як комунікатор (той, що передає інформацію) та реципієнт (той, хто отримує інформацію), періодично обмінюючись ролями.

В процесі спілкування ефективному здійсненню цієї функції можуть заважати комунікативні бар'єри.

Ось найбільш типові з них:

- лінгвістичний (немає спільної мови для обговорення),
- семантичний (неузгодженість змісту слів, їх різне значення для співрозмовників),
- термінологічний (використання комунікатором термінів, незрозумілих для реципієнта),
- установчий (реципієнт має негативну установку щодо сприймання інформації).

*В процесі розгортання комунікативної функції виявляються такі її аспекти:*

- нереклексивне слухання (умовно-пасивне, невтручання у мовлення комунікатора),
- рефлексивне слухання (із зворотним зв'язком підтвердження від реципієнта),
- з'ясування (уточнення правильності розуміння сказаного),
- перефразування (власне формулювання почутої інформації реципієнтом),
- резюмування (підведення підсумків реципієнтом).

Перцептивна функція спілкування розгортається як сприймання співрозмовника із подальшим формуванням першого враження чи ставлення до співрозмовника.

У формуванні першого враження можливі вияви типових перцептивних бар'єрів (стосовно нашого особистого досвіду):

- стереотип статусу (чим вищий статус співрозмовника, тим кращі особистісні якості ми йому приписуємо),
- стереотип схожості (якщо співрозмовник схожий на нашого попереднього знайомого, ми приписуємо йому ідентичні якості цього знайомого),
- стереотип зовнішності (про співрозмовника судимо за виробленими діагностичними канонами типу «блондинки - нерозумні»).

В перцептивній стороні спілкування виявляються й такі її аспекти:

- візуальний контакт (погляд може бути публічним (лінія очей чи зона обличчя) та інтимним (рухи очей вздовж тіла співрозмовника),
- комунікативний простір (інтимний - до одного метра, неформальний - до трьох метрів, соціальний - більше трьох метрів),
- експресивні реакції (міміка, жести, пантоміміка, інтонація голосу, паузи).

Інтерактивна функція спілкування проявляється через обмін діями, речами впродовж взаємодії. Успішність її реалізації суттєво визначається тими завданнями, які поставили суб'єкти спілкування щодо нього, та узгодженістю цих завдань.

Люди під час взаємодії між собою, прагнуть здійснити вплив одне на одного, отримати від партнера бажаної відповіді, виконати прохання тощо.

Форми впливу партнерів по спілкуванню можуть бути найрізноманітнішими.

Прямою формою впливу є примус, висловлений у формі наказу, розпорядження, вимоги, погрози покарання, якщо вони не будуть виконаними.

Між тим існує багато більш ефективних способів впливу, ніж прямий примус. Часто використовується вплив у формі переконання, під впливом якого в індивіда формується аргументована установка здійснювати певні дії тавчинки як найбільш доцільні для досягнення поставленої мети.

Іноді для впливу на особистість використовують такий спосіб якнавіювання, за допомогою якого намагаються викликати або змінити у партнера по спілкуванню бажані для того, хто навіює, погляди, переконання, вірування, установки. Можливим є і такий вплив як зараження, коли стан однієї особистості передається іншій, що і спонукає її наслідувати діям цієї особистості.

Проблема психологічних особливостей мовлення, його ролі у спілкуванні та формуванні свідомості є важливим розділом психології. За допомогою мовлення люди обмінюються думками, передають свій настрій, почуття, досвід тощо. Але для того, щоб здійснити мовне повідомлення, необхідна наявність спільних, однакових засобів та правил передачі думок. Усе це забезпечується завдяки мові.

**Мова** - це суспільно зумовлена система словесних знаків, котрі є засобом спілкування в даному суспільстві.

**Мовлення** - процес використання людиною мови для спілкування з іншими людьми.

Мова та мовлення тісно взаємопов'язані й являють собою єдине ціле.

Отже, мовлення виступає як психологічна діяльність, що виявляється у спілкуванні людей за допомогою мови. Останнє - це суспільно-історичне явище, що зумовлене національними особливостями, на відміну від мовлення, яке є не що інше, як загальнолюдське явище і в кожному конкретному випадку чітко індивідуальне. Ця індивідуальність пояснюється різним рівнем володіння мовою (словниковим запасом, граматиною, фонетикою). Доросла людина має словниковий запас, яким користується активно (активний словник) і далеко більший словниковий запас, яким володіє пасивно (пасивний словник), тобто знає значення слів, але не вживає їх.

Зрозуміло, що словниковий запас у людей неоднаковий, і тому та людина, у розпорядженні якої більше слів, може висловлюватися точніше, слова вибирати виразніші, описує події барвистіше, ніж та, у якої бідний словник. Індивідуальність мовлення проявляється і в будові її вимови. Одна людина вимовляє звуки чітко, ясно, голосно, друга - тихо, невиразно, третя - розмовляє швидко, збуджено, а інша - повільно, не поспішаючи, а дехто має певні вади у вимові (заїкання, шепелявість, „гаркавлення" та ін.).

Іншою важливою проблемою є зв'язок між мовленням та мисленням.

Тісно пов'язане мовлення з почуттями, адже за допомогою слів людина виражає свої почуття, емоційні стани. Отже, слово, друга сигнальна система, виступає регулятором процесів уваги, пам'яті, волевих зусиль, усієї поведінки людини.

Так, наприклад, коли вожак зграї журавлів починає подавати звуковий сигнал, уся зграя тривожно знімається з місця і летить за ним. Олень — вожак, який відчує небезпеку, також подає певні звукові сигнали, і весь табун іде за ним, почувши це. Навіть бджоли мають своєрідну „мову“, яка виявляється у так званому „танку“ бджіл. Бджола, яка повернулася зі взяткою, передає іншим звідки вона прилетіла, чи далеко брала нектар та куди треба летіти. Усе це вона виражає у „танку“, фігурах, які здійснює у повітрі й цим самим показує напрямок та дальність польоту (за Фрішем).

## **2 .Види мовлення та їх характеристика**

Мовлення людей залежно від різних умов набуває своєрідних особливостей. Відповідно до цього виокремлюють різні види мовлення. Окрім вказаних видів, мовлення буває діловим і побутовим, літературним і сленговим, рідним та іноземним тощо.

Перш за все розрізняють мовлення внутрішнє та зовнішнє.

**Внутрішнє мовлення** - це внутрішній беззвучний процес, що недоступний для сприйняття іншими людьми і не може бути засобом спілкування.

Доказом того, що у людини наявне внутрішнє мовлення є той факт, що існують спеціальні прилади, які реєструють мікро-рухи мовного апарату на момент мовчання. Внутрішнє мовлення досить своєрідне: скорочене, згорнуте, майже ніколи не існує у формі повних, розгорнутих речень. Труднощі, які переживає людина, іноді намагаючись пояснити іншому зрозумілу їй самій думку, часто пояснюються труднощами переходу від скороченого внутрішнього мовлення, зрозумілого собі, до розгорнутого зовнішнього мовлення, зрозумілого іншим.

**Зовнішнє мовлення** - мовлення, основною ознакою якого є доступність для сприйняття (на слух, зір) іншими людьми, є необхідним для спілкування. Залежно від того, що людина використовує в спілкуванні, звуки мови чи "мову тіла", мовлення буває невербальним та звуковим. Незважаючи на те, що невербальне мовлення (мовлення жестів) часто є досить інформативним, все ж воно залишається ніби акомпанементом до основного тексту звукового мовлення.

Зважаючи на те, що саме використовує людина, звуки мови чи письмові знаки розрізняють усне та письмове мовлення.

Історично письмове мовлення виникло пізніше за усне.

Під час усного мовлення людина сприймає слухачів, їхню реакцію на слова. Письмове та усне мовлення знаходяться одне з одним в досить складних взаємовідносинах. Вони тісно взаємопов'язані між собою. Однак їхня єдність включає і дуже суттєві відмінності. Сучасне письмове мовлення

виражається в знаках - літерах, які позначають звуки рідної мови. Тим не менше письмове мовлення не є просто перекладом усного мовлення на письмові знаки.

Письмове та усне мовлення виконують зазвичай різні функції. Як правило, усне мовлення функціонує як розмовне мовлення в ситуації бесіди, письмове - як мовлення ділове, наукове, більш без особистісне. Письмове мовлення спрямоване переважно на передачу більш відстороненого змісту, між тим як усне мовлення більшою мірою породжується безпосереднім переживанням. Звідси цілий ряд відмінностей в побудові письмового та усного мовлення і в засобах, які кожне з них застосовує.

Історії добре відомі великі письменники, які були слабкими ораторами, і видатні оратори, читання виступів яких не справляє на читачів враження через втрачання промовою значної частини своєї чарівливості.

Розмовне усне мовлення - ситуативне. Інколи достатньо півслова для того, щоб зрозуміти свого співрозмовника. Письмове ж мовлення вимагає систематичного, логічно пов'язаного викладу. В письмовому мовленні все має бути зрозумілим виключно з його власного смислового змісту, з його контексту. Письмове мовлення - контекстне мовлення.

**Письмове мовлення** вимагає особливої продуманості, плановості, усвідомленості. В умовах усного спілкування співрозмовник певною мірою допомагає регулювати мовлення. Безпосередній контакт зі співрозмовником в розмові швидко виявляє непорозуміння. В письмовому мовленні безпосереднє регулювання мовлення того, хто говорить з боку співрозмовника або слухача відсутнє. Той, хто пише, повинен самостійно визначити побудову свого мовлення так, щоб воно було зрозумілим для читача.

Усне мовлення може набувати вид діалогічного або монологічного. Існують різні види як письмового, так і усного мовлення. Усне мовлення може бути і розмовним (мовленням-бесідою), і ораторським виступом (доповіддю).

Лист за своїм характером і стилем також буде відрізнятися від наукового трактату тощо.

**Діалогічне мовлення** - це розмова, бесіда двох або декількох осіб, які говорять по черзі.

У повсякденній діяльності діалогічне мовлення, як правило, не планується. Воно висуває менше вимог щодо побудови зв'язного розгорнутого висловлювання, ніж монологічне чи письмове.

**Монологічне мовлення** - це таке мовлення, при якому говорить одна особа, а інші слухають і сприймають її.

Прикладом монологічного мовлення є доповідь, лекція, повідомлення, виступ та ін. Монологічне мовлення є організованим видом мовлення. Всі види мовлення взаємопов'язані між собою та мисленням людини і потребують розвитку у дітей. Первинне оволодіння рідною мовою здійснюється в процесі спілкування дитини з дорослим. Тільки таким шляхом досягається істинне розуміння сутності мовлення. Дитина

нормально оволодіває мовленням - навчається говорити - користуючись мовленням в процесі спілкування. Кожна особистість повинна прагнути до розвитку всіх видів мовлення, оскільки їх характеристики свідчать про глибину і якість розуму людини.

### **3. Мистецтво спілкування.**

Компоненти, які сприяють розвитку комунікації як основи для побудови взаємовідносин: відчуття присутності, основні принципи вміння слухати, вміння сприймати, проявляти турботу, розкриватися самому, співпереживати, бути щирим, поважати іншу людину тощо.

Одяг та його значення для ефективності спілкування. Культура спілкування.

#### **УМОВИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ЕФЕКТИВНОМУ СПІЛКУВАННЮ**

1. Відчуття присутності. Для створення відчуття присутності під час розмови з пацієнтом слід дотримуватись таких принципів:

- під час розмови з пацієнтом дивитися на нього з доброзичливою усмішкою, поглядом і виразом обличчя показувати свою зацікавленість;
- використовувати відповідну позу, наприклад нахилитися вперед, щоб нічого не пропустити;
- хитати головою на знак згоди, застосовувати повторення, ви-гуки, уточнення, щоб показати, що вас цікавить те, про що говорить пацієнт.

2. Вміння слухати. Для того щоб бути добрим слухачем, необхідно намагатися повністю сконцентрувати увагу на пацієнтові, незважаючи на власні упередження, стурбованість. Розрізняють чотири процеси, що відбуваються під час сприймання інформації:

- слухач подумки випереджає того, хто говорить, намагаючись здогадатись наперед про спрямування бесіди, про висновки, які можна буде зробити зі сказаного в цей момент;
- слухач подумки зважає аргументи й факти, висловлені пацієнтом, щоб довести або спростувати твердження;
- час від часу слухач критично оцінює попередню частину бесіди;
- упродовж всієї розмови він шукає прихований зміст і значення інформації, не промовленої вголос.

Основні принципи вміння слухати:

- поставтеся до пацієнта з повною повагою, не перебивайте його запитаннями чи коментарями;
- дайте пацієнтові зрозуміти, що вас цікавить те, про що він розповідає.

Пам'ятайте:

- складно говорити з людиною, яка читає газету, постукує олівцем, бавиться гумкою чи скрепкою тощо;
- дивіться на пацієнта, який говорить. Це не лише допоможе йому спілкуватися з вами, а й полегшить вам розуміння того, що він каже;

- намагайтеся зрозуміти головну думку розповіді та сконцентруйте основну увагу на ній, а не на деталях;
- зверніть також увагу на те, як пацієнт це говорить;
- намагайтеся сприймати інформацію, незважаючи на ваше ставлення до співрозмовника;
- спробуйте розпізнати, про що людина не хоче говорити;
- намагайтеся керувати своїми емоціями;
- будьте обережними з розкриванням змісту, намагайтеся зважити на факти й бути впевненими в тому, що усвідомлюєте різницю між тим, що говориться;
- виявляйте до пацієнта інтерес, повагу й турботу, прагніть щиро зрозуміти поведінку пацієнта, його переконання та цінності.

Уміння сприймати. Ефективне спілкування ґрунтується на повазі до світосприйняття іншої людини. Поведінка, вчинки та спосіб життя пацієнта є безпосереднім наслідком того, як людина сприймає світ і його цінності. Тому розуміння пацієнта включає розуміння його точки зору.

Повідомлення пацієнта має три компоненти:

- ✓ емпіричний — передає те, що пацієнт пережив, відчув;
- ✓ пізнавальний — передає те, що пацієнт знає чи вміє;
- ✓ ефективний — передає те, що пацієнт відчуває, або під чиїм впливом перебуває.

Дозволяючи пацієнтові виявити свої почуття, медична сестра допомагає йому бути більш відкритим та щирим.

Аналіз слів, тема бесіди, інтонація, тембр голосу - все це дає ключі до розуміння почуттів, що стоять за тим, про що пацієнт говорить.

Бажання піклуватися про пацієнта. Надавати допомогу пацієнтові — це означає щиро турбуватися та опікуватися пацієнтом, захищати його інтереси, старанно доглядати.

Прагнення розкриватися самому. Встановленню психологічно-го контакту дуже допомагає звернення до власного досвіду.

Здатність до співчуття та співпереживання. Співпереживання можна порівняти з тим, що ви ставите себе на місце пацієнта, щоб побачити його таким, яким він бачить себе. Воно має вирішальне значення для встановлення довірливих міжособових стосунків, а також важливе значення для збагачення власного досвіду.

Щирість є найпершою умовою для виникнення довіри. Щирість означає, що пацієнт чесно ділиться своїми думками, почуттями та досвідом з іншою людиною, правильно розуміє та висловлює свої думки.

Повага включає сприйняття пацієнта як гідної людини і є виявом щирої турботи медичної сестри про пацієнта, незважаючи на його недоліки або якісь індивідуальні особливості. Елементами поваги є також інтерес до пацієнта, віра в його спроможність самотійно вирішувати проблеми, здійснювати позитивні вчинки. Одним із засобів виявлення поваги є звертання до пацієнта на ім'я та по батькові, дружній тон.

## ДОПОМОГА МЕДИЧНОМУ ПРАЦІВНИКУ В ЕФЕКТИВНОМУ ВЕРБАЛЬНОМУ (МОВНОМУ) СПІЛКУВАННІ

- Говоріть доступною мовою;
- не зловживайте незрозумілими для пацієнта медичними тер-мінами;
- правильно обирайте час для спілкування;
- виберіть темп мови, доступний для сприйняття пацієнта;
- стежте за інтонацією голосу;
- вибирайте необхідну гучність та тембр голосу;
- давайте тільки точні рекомендації, інструкції та поради;
- не використовуйте натяків та підтекстів;
- не обіцяйте неможливого;
- привчайте пацієнтів до того, що їхні рішення мають бути ус-відомленими;
- повторіть повідомлення, якщо відчуваєте, що пацієнт вас не зрозумів;
- упевніться, що в пацієнта в цей момент не лишилось невирішених проблем.

Медичному працівнику, спілкуючись із пацієнтом, потрібно уникати:

- ✓ Ображати почуття та принижувати гідність пацієнта;
- ✓ давати фальшиві або нездійсненні обіцянки;
- ✓ спекулювати проблемами пацієнта;
- ✓ сперечатися, примушувати пацієнта, чинити тиск на нього;
- ✓ брати участь в обговоренні або критиці іншого медичного пра-цівника;
- ✓ приєднуватися до нападів пацієнта на родичів, друзів, сусідів;
- ✓ спонукати до дискусій або суперечок на політичну, націо-нальну або релігійну тематику;
- ✓ втручатися без дозволу пацієнта в його особисті та фінансові справи.

### СКЛАДНІ ДЛЯ РОЗМОВИ З ПАЦІЄНТАМИ ПИТАННЯ

1. Статеве життя (хвороби, що передаються статевим шляхом);
2. психічні хвороби;
3. злоякісні новоутворення;
4. безпліддя;
5. небажана вагітність;
6. аборт.
- 7.

### КАНАЛИ СПІЛКУВАННЯ

1. Вербальне (мовне) — слова, призначені для одержувача.
  2. Немовне спілкування — міміка, жести та рухи, призначені для сприйняття одержувачем.
  3. Письмове повідомлення — написані слова або символи.
- Мовне спілкування складається з двох важливих елементів:
- а) зміст повідомлення;
  - б) форма, метод, спосіб передачі інформації.

Усне спілкування буде ефективним в тому разі, коли у вас є корисна інформація, і ви чітко та зрозуміло викладаєте свої думки.

Немовне спілкування — це спілкування мовою жестів, виразу обличчя.

Щоб спілкування відбувалося ефективно, треба добре розуміти два компоненти немовного спілкування: передачу й одержання ін-формації. Коли ви дивитеся на людей, то звертаєте увагу на обличчя та жестикуляцію. Інформація, яку ви одержуєте при цьому, допомагає вам зрозуміти мовне повідомлення.

Слід уважно ставитися до інформації, яку ви посилаєте. Іноді вам доведеться приховувати свої почуття. Наприклад, якщо ви доглядаєте за пацієнтом, який страждає на трофічні виразки, що мають потворний вигляд і неприємний запах, ви повинні зберігати спокійний вираз обличчя, щоб пацієнт не боявся свого вигляду й не почувався пригніченим.

Стежте за своєю мімікою та жестами, аби правильно передавати одержувачу повідомлення. Наприклад, якщо ви відчуваєте з якогось приводу задоволення, зробіть так, щоб вираз вашого обличчя, положення тіла, а також слова відображали вашу радість.

Одяг та його значення для ефективності спілкування.

Одяг має дуже велике значення у спілкуванні. У партнера по спілкуванню може скластися негативне ставлення до іншої людини ще до того, як вона вимовить перше слово, якщо людина одягнена неохайно, і, навпаки, приємне враження справляє людина, одягнена зі смаком, акуратна.

Справляти позитивне враження, досягати популярності у групі можна лише в тому випадку, коли зовнішній вигляд людини, її поведінка і манери відповідають уявленням і неписаним правилам певної групи. Так, наприклад, одна людина може користуватися повагою і успіхом у товаристві шахістів і водночас викликати презирливі усмішки у членів спортивного клубу. Можна бути популярним серед любителів легкої музики, але не можна розраховувати на таку саму популярність серед шанувальників симфонічної музики. Тут необхідно враховувати не лише відмінність інтересів, а й різні манери одягу і поведінки.

Але є люди, яких сприймають позитивно в усіх суспільних групах. їм властиві такі якості, як весела вдача, тактовність, чуйність, стриманість, і вони досягають популярності в основному внаслідок того, що вміють пристосовувати свою поведінку до неписаних правил тієї чи іншої групи.

Вивчаючи вплив одягу на ефективність спілкування, не можна заперечити проти того, як важливо мати гарний і сучасний вигляд. Але не слід вважати, що головне в одязі - це його відповідність моді. Мода швидко змінюється, і встигати за нею дуже важко. Щоб одяг прикрашав людину, треба насамперед, щоб він відповідав місцю і часові. Так, наприклад, святкова вечірня сукня недоречна на робочому місці, як і робочий одяг недоречний в урочистих випадках. Кожна людина повинна прагнути до свого стилю в одязі. Цей стиль має виявляти індивідуальність, приховувати вади, підкреслювати переваги. Всі деталі одягу мають створити одне ціле. Це велике мис-тецтво, і, доклавши певних зусиль, опанувати його може кожна людина. Якщо взяти до уваги, що щастя людини - у спілкуванні з іншими, то варто зробити все для того, щоб спілкування це було приємним, давало

людині справжню насолоду. Невміння спілкуватися спричиняє конфлікти і може зробити людину нещасною, замкненою, одинокою.

### **Питання для самоконтролю**

1. Опишіть терміни "мова" та "мовлення".
2. Як пов'язано мовлення з почуттями
3. Згадайте та опишіть види мовлення
4. Яке мовлення більш частіше використовуєте ви у своєму житті

**Самостійна робота:** *Особливості поведінки медичного працівника з хворими, у яких наявні розлади психічних процесів.*

**Задачі:** \_\_\_\_\_

**Література**

**Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко

Ст. 173-185

**Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 245-248

**Інформаційні ресурси:**

<https://fku.kubg.edu.ua/images/stories/Departaments/uk/PDF/temperament.pdf>

## Лекція № 5

### **Тема лекції: Індивідуальні особливості міжособистісного спілкування. Міжособистісне розуміння**

**Мета:** розвинути вміння вільно та тактично висловлюватись, оволодіти культурою спілкування з урахування пацієнтів.

**Навчальна:** розвинути у здобувачів освіти здатність до активного слухання, гнучкості та креативності у спілкуванні.

**Виховна:** застосовувати отримані знання з психології спілкування в медицині для встановлення належних та ефективних стосунків з пацієнтами, з урахуванням їх психотипів, стану та відношенню до хвороби.

#### **Загальні компетентності:**

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.  
ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

#### **Спеціальні компетентності:**

СК. 3. Здатність до самоменеджменту у професійній медичній діяльності.

#### **Результати навчання:**

РН. 18. Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді для надання якісної медичної допомоги різним категоріям населення.

#### **План лекції**

1. Рівні спілкування (за А. Б Добровичем).
2. Типові стилі комунікативної поведінки.
3. Стадії міжособистісного взаєморозуміння.
4. Засоби інтерпретації та феномени міжособистісного спілкування.

## Зміст лекції

### 1. Рівні спілкування (за А. Б Добровичем).

Діяльність медичного працівника заключається в першу чергу в наданні допомоги хворим людям, які в наслідок хвороби відчують страждання, тривогу, пригніченість, роздратування та інші негативні емоції.

Для надання кваліфікованої допомоги хворому, медична сестра повинна володіти необхідними знаннями, вміннями, практичними навичками, тобто бути професіоналом. Крім цього, для встановлення довірливих стосунків з хворим, медична сестра повинна знати основні положення і закони психології спілкування. Будь-яка діяльність можлива тільки при умові встановлення психологічного контакту і взаєморозуміння між людьми.

**Спілкування** – це багатогранний процес взаємодії між людьми або соціальними групами, в якому відбувається обмін інформацією, досвідом, результатами діяльності, формування емоційно-психологічних відношень, здійснюється взаємовплив, співпереживання і розуміння.

#### ***Рівні спілкування:***

##### *1. Спілкування на рівні „контакту” масок.*

Це рівень формального спілкування, при якому у співрозмовників немає потреби, до глибокого розуміння іншої людини, коли використовується набір стандартних соціально-психологічних „масок” (ввічливості, строгості, байдужості, нейтральності, співучасті та ін.), в додаток стандартний набір жестів, міміки, слів, інтонацій, що дозволяють людині не виявляти свого дійсного відношення до співрозмовника, а також захиститись від небажаного вторгнення інших в свій внутрішній світ та при необхідності „загладити гострі кути” у відносинах між людьми.

##### *2. Примітивний рівень спілкування.*

Інша людина оцінюється з точки зору потрібності або непотрібності, корисності чи некорисності; при „потрібності” і „корисності” з людиною вступають в контакт; при „некорисності” – не вступають або грубо відштовхують, якщо вона заважає досягненню якоїсь мети; в даному випадку людина використовується як річ, так як після отримання бажаного результату, до неї пропадає всякий інтерес; при спілкуванні з хворими такий варіант недопустимий.

### *3. Маніпулятивний рівень спілкування.*

Цей рівень, як і примітивний, направлений на отримання якоїсь вигоди від співрозмовника (партнера), але при цьому справжня мета приховується від людини; активно використовуються найрізноманітніші способи психологічного впливу на людину (підлещування, покровительство, залякування, прихований шантаж, обман); при спілкуванні з хворими такий варіант недопустимий.

### *4. Формально-рольовий рівень спілкування.*

Кожен діє строго у відповідності зі своєю соціальною роллю і положенням; при такому спілкуванні не враховуються індивідуальні якості людини, його внутрішній світ, проблеми та ін. Цей рівень спілкування можливий в екстремальних ситуаціях, коли хворому необхідно надати невідкладну допомогу і в цих умовах немає можливості вивчити особливості його внутрішнього світу.

### *5. Світський рівень спілкування.*

Спілкування поверхневе і безпредметне; люди обмінюються фразами, словами, знаками уваги в строгій відповідності із загальноприйнятими в даному суспільстві правилами; в окремих випадках цей рівень може застосовуватися при спілкуванні з колегами і пацієнтами.

### *6. Діловий (професійний) рівень спілкування.*

Ділове спілкування виникає у людей в зв'язку з їх участю в спільній діяльності і має мету досягнення спільного результату; враховується індивідуальність особистості, але інтереси справи мають більше значення, ніж особисті відносини, і навіть можливі розходження у поглядах або думках, як правило відходять на другий план; ця форма спілкування між людьми зустрічається часто.

### *7. Творчо-активний рівень спілкування.*

Характерний для творчих груп і колективів, тобто для людей, об'єднаних якоюсь спільною творчою діяльністю і колективно зацікавлених у спільному результаті; відкритий, довірливий стиль спілкування, продуктивний, обмін думками, ідеями, судженнями, розробками; цей рівень самий цікавий і продуктивний при спілкуванні як з колегами, так і з пацієнтами.

### *8. Дружній рівень спілкування.*

Максимальна відвертість людей між собою, відвертість, довіра, емоційне співпереживання, співчуття іншій людині, готовність підтримати і допомогти; даний рівень один з найкращих при спілкуванні з колегами і близькими людьми.

#### *9. Довірливий рівень спілкування.*

Максимальна відвертість, близькість, щирість і довіра між людьми; цей рівень вимагає відповідальності перед іншою людиною, так як людина допускає партнера в потаємні області своєї душі; даний рівень спілкування можливий лише при дуже грамотного сестринського персоналу, який знає всі тонкощі психології спілкування з тяжкохворими.

#### *10. Духовний рівень спілкування.*

На цьому рівні спілкування люди пов'язані спільною моральною метою, високими гуманістичними ідеалами, а також люди, які намагаються духовно розвиватися і самовдосконалюватися; таке спілкування духовно збагачує людей, але вимагає максимальної чесності і вимогливості перш за все до самого себе; цей рівень спілкування є найбільш досконалим.

## **2. Типові стилі комунікативної поведінки.**

Аналізуючи особливості діалогу, А. Добрович пропонує вирізнити сім рівнів спілкування: конвенціональний, примітивний, маніпулятивний, стандартизований, ігровий, діловий і духовний. Кожен із зазначених рівнів автор розглядає в контексті чотирьох фаз поведінки індивіда: перша фаза — спрямованість на партнера; друга — психічне відображення партнера; третя — інформування партнера; четверта — відключення від партнера, якщо спонукальні мотиви з ним зникли, або повернення до другої фази, якщо вони збереглися. Враховуючи ту обставину, що партнери діють у контакті, першу фазу комунікативного акту вчений називає взаємоспрямованістю, другу — взаємовідображенням, третю — взаємоінформуванням, четверту — взаємовідключенням.

**Конвенціональний рівень** характеризується тим, що людина або відчуває потребу в контакті й у неї виникає установка на зовнішню комунікацію, яка посилюється тим, що є реальний партнер, або такої потреби людина не відчуває, але оскільки до неї звернулися, вона спонукує себе переключитися на того, хто до неї звернувся. За умову контакту індивідом заздалегідь приймається той факт, що він буде то слухачем, то промовцем, адже, спонукуючи когось до розмови, варто забезпечити йому рівноправні

можливості у спілкуванні. При цьому важливо вловити актуальну роль партнера, а також власну актуальну роль його очима. Іншими словами, потрібно встановити, які рольові очікування партнерів один до одного. Однак кожен з партнерів має право підтвердити або не підтвердити ці очікування. Отже, взаємоінформування може набувати вигляду конфронтації або конгруенції (взаємозгоди). Якщо учасники обирають конфронтацію, то спілкування поступово згасає, залишаючи за партнерами право на власну думку. Якщо ж вони обирають шлях конгруенції, тобто підтверджують взаємні рольові очікування, то це обов'язково приводить до зростаючого розкриття свого «рольового віяла» (набір психологічних ролей, які виконує людина під час взаємодії з іншою людиною) кожним із партнерів. Однак, завершуючи розмову, кожен із партнерів турбується про те, щоб не нав'язувати свою персону іншому. Звісно, контакт на конвенціональному рівні вимагає від партнерів високої культури спілкування і його можна вважати оптимальним для розв'язання особистих і міжособистісних проблем.

Реальна практика спілкування дає рівні, які розташовуються вище й нижче конвенціонального рівня. Найнижчий рівень спілкування А. Добрович називає примітивним, а між примітивним і конвенціональним рівнями є ще два: маніпулятивний і стандартизований.

Характеристику людини, яка опускається до примітивного рівня, можна означити таким чином: для неї співрозмовник є не партнером, а потрібним або непотрібним предметом, із цього випливає, що актуальна роль партнера суб'єктом не вловлюється. Отож у хід запускаються шаблони сприймання, за допомогою яких можна описати даний «предмет», наприклад великий він чи маленький, який у нього одяг, вік тощо. Ці зовнішні ознаки є надзвичайно суттєвими, адже якщо, приміром, співрозмовник маленький, з ним можна не церемонитися, а впевнено займати позицію «зверху». Тобто суб'єкт виражає свою симпатію тому, хто подобається, і не симпатизує тому, хто не подобається. Звичайно, якщо в ході обміну інформацією мала місце конфронтація, то із слабким співрозмовником суб'єкт закінчує контакт сваркою й насміханнями, а з сильним — вибаченнями й погрозами (погрози робляться тоді, коли партнер відійшов на небезпечну відстань). У разі конгруенції суб'єкт отримав потрібне від співрозмовника й не приховує своєї нудьги.

Суб'єкт, який обирає маніпулятивний рівень спілкування, за своїми підходами до іншого партнера близький до примітивного учасника діалогу, а за своїми виконавськими можливостями наближується до конвенціонального

рівня спілкування. Загальна характеристика маніпулятора має такий вигляд: для нього партнер — суперник у грі, яку обов'язково необхідно виграти. При цьому виграш означає вигоду: якщо не матеріальну чи життєву, то хоча б психологічну.

**Стандартизований рівень** дуже відрізняється від примітивного й маніпулятивного рівнів спілкування, але не «дотягує» до конвенціонального з тієї причини, що справжньої рольової взаємодії на цьому рівні не відбувається. Сама назва рівня говорить про те, що спілкування тут відбувається за певними стандартами, а не за взаємним вловлюванням партнерами актуальних ролей один одного. Іншими словами, йдеться про «контакт масок»: «маска нуля» (я вас не чіпаю — ви мене не чіпайте), «маска тигра» (маска агресивності), «маска зайця» (щоб не накликати на себе гнів або насміхання інших) та ін.

**Ігровий рівень** спілкування розташований «над» конвенціональним. Він наділений повнотою й людяністю останнього, але перевершує його глибиною змісту й багатством відтінків. На цей рівень люди виходять лише з тими, яких хоча б трохи знають і до яких є певне почуття — якщо не взаємне, то таке, що не затьмарене розчаруваннями. У фазі спрямованості на партнера заздалегідь є живий інтерес до особистісних особливостей співрозмовника, до його «рольового віяла», іронікнутий симпатією до людини. У фазі відображення партнера відбувається загострене сприймання його «рольового віяла». У фазі інформування партнера суб'єкт намагається бути цікавим своєму партнерові, а тому він мимовільно «грає», щоб «мати цікавий вигляд». «Грати» можна по-різному: радісно сприймати судження співрозмовника, не руйнувати контакту (такою є конгруенція) або ж піти на конфронтацію з партнером, ущипнути його, змусити розлютитися, здивуватися та ін. За зовнішніми ознаками «гра»-конфронтація схожа на маніпуляцію, однак відчуття, які суб'єкт має до партнера, суттєво відрізняються: маніпулятор байдужий або нелюб'язний до іншого, виграш і самоствердження для нього самоціль, засмучення партнера його тільки радує, а «гравець» будує контакт на небайдужості до співрозмовника. На четвертій фазі — взаємовідкриття — партнерам усе ясно без слів, тобто тут не вимагається обопільного виконання прощальних ритуалів. Зазвичай, у спілкуванні на ігровому рівні партнери «віддзеркалюються один в одному», в їхньому контакті виникає «другий план» — те, що відчувається, але не називається словами.

**Діловий рівень** передбачає не звичайні ділові контакти, а вид людських занять. Отож реальні ділові контакти зовсім не обов'язково відбуваються на цьому рівні, вони нерідко мають форму спілкування на маніпулятивному або стандартизованому рівні. Особливості власне ділового спілкування чітко простежуються під час аналізу фаз контакту. Перша фаза (спрямованість на партнера) характеризується тим, що у співрозмовника партнер викликає особливий інтерес як учасник спільної діяльності, як людина, яка може допомогти. Друга фаза (взаємовідображення) показує чуйність партнерів один до одного, загостреність сприймання з обох сторін розумової і ділової активності співрозмовників, їх залучення до розв'язання загальної проблеми. Саме за таких умов люди перестають думати про те, який вигляд вони мають і які свої індивідуальні ролі розкривають, головне — справа. Це є важливим і на третій фазі — взаємоінформування. Четверта фаза характеризується зовнішньою сухістю, за якою відчувається внутрішня теплота. В цілому, спілкуючись на діловому рівні, люди виносять із контактів не лише певні «плоди» спільної діяльності, але й стійкі відчуття довіри, взаємної прив'язаності. І якщо спілкування на ігровому рівні переважно святкове, то на діловому рівні воно набагато серйозніше, глибше і водночас вирізняється буденністю.

**Духовний рівень** вважається найвищим рівнем людського спілкування, адже на цьому рівні партнер сприймається як носій духовного начала, яке пробуджує високі почуття: від дружби до можливості наблизитися до найвищих цінностей людства.

При цьому духовність забезпечується не добором тем для розмови, а глибиною діалогічного проникнення людей в помисли один одного, тобто бесіда на найбуденнішу тему може бути більш духовною, аніж розмова про літературу.

В цілому, підводячи підсумок аналізу рівнів, слід підкреслити, що в реальній взаємодії спілкування відбувається не на одному рівні або перестрибує з одного на інший.

Індивідуальність людини у стосунках з іншими людьми визначає її стиль спілкування, під яким прийнято розуміти систему принципів, норм, методів, прийомів взаємодії й поведінки індивіда. Найяскравіше стиль спілкування проявляється в діловій та професійній сфері, у стосунках між діловими партнерами або між керівником і підлеглим. Саме тому проблема стилю найкраще досліджена у сфері лідерства — керівництва. Відомою є класифікація К. Левіна, який виокремив три стилі лідерства (керівництва):

- **авторитарний** (тверді способи управління, визначення всієї стратегії діяльності групи, припинення ініціативи та обговорення прийнятих рішень, одноосібне прийняття рішення і т. п.);
- **демократичний** (колегіальність, заохочення ініціативи);
- **ліберальний** (відмовлення від керування, усунення від керівництва).

Відповідно до зазначених стилів лідерства — керівництва описуються й стилі спілкування.

Згідно з **авторитарним стилем** лідер усі рішення ухвалює одноосібно, віддає накази, робить вказівки. Він завжди точно окреслює «межі компетентності» кожного, тобто жорстко визначає ранги партнерів і підлеглих. За авторитарного стилю спілкування рішення, ухвалені на верхніх поверхах ієрархії, надходять униз у вигляді директив (саме тому цей стиль часто-густо називають директивним). При цьому лідер (керівник) неполюбляє, щоб директиви підлягали обговоренню: їх, на його думку, належить незаперечно виконувати. За лідером залишається також у ролі прерогативи контроль та оцінка ефективності діяльності. У керівників (лідерів) з таким стилем спілкування, як правило, спостерігається завищена самооцінка, самовпевненість, агресивність, схильність до стереотипів у спілкуванні, чорно-біле сприймання підлеглих та їхніх дій. Люди з авторитарним стилем взаємодії мають догматичне мислення, при якому тільки одна відповідь правильна (переважно це — думка керівника), а всі інші помилкові. Отож, дискутувати з такою людиною, обговорювати прийняті нею рішення — то марна трата часу, адже ініціатива інших такою людиною не заохочується.

Щодо **демократичного стилю** спілкування, то для нього властиві колегіальне прийняття рішень, заохочення активності учасників комунікативного процесу, широка поінформованість усіх, хто бере участь у дискусії, про розв'язувану проблему, про виконання накреслених завдань і цілей. Усе це сприяє тому, що кожний з учасників спілкування добровільно перебирає на себе відповідальність за виконання завдання й усвідомлює його значущість у досягненні спільної мети. При цьому учасники обговорення проблеми, за умов демократичного стилю взаємодії, — це не лише виконавці чужих рішень, а люди, які мають свої цінності та інтереси, проявляють власну ініціативу. Саме тому названий стиль сприяє зростанню ініціативності співрозмовників, кількості творчих нестандартних рішень, поліпшенню морально-психологічного клімату в групі. Таким чином, якщо для авторитарного стилю спілкування властивим є виокремлення свого «Я», то

лідер-демократ враховує у взаємодії з іншими їхні індивідуально-психологічні властивості, вивчає їхні потреби, інтереси, причини спаду чи зростання активності на роботі, визначає засоби впливу тощо, тобто актуалізує «Ми» в налагодженні соціальних і ділових контактів.

**За ліберального стилю** спілкування характерною є незначна активність керівника, який може й не бути лідером. Така людина проблеми обговорює формально, піддається різним впливам, не виявляє ініціативи у спільній діяльності, а часто й не бажає або нездатна приймати будь-які рішення. Керівник з ліберальним стилем спілкування характеризується у взаємодії з іншими перекладанням виробничих функцій на їхні плечі, невмінням у процесі ділової взаємодії впливати на її результат, намагається уникнути будь-яких інновацій. Про людину-ліберала можна сказати, що вона у спілкуванні «пливе за течією», часто-густо вмовляє свого співбесідника. Зрештою, за ліберального стилю взаємодії типовою стає ситуація, коли активні й творчо зорієнтовані співробітники починають використовувати робоче місце та час для діяльності, не пов'язаної із спільною справою.

### **Стилі спілкування**

Індивідуально-типологічні особливості взаємодії партнерів, переважання певних форм, засобів та прийомів поведінки спричинюють вироблення певного стилю спілкування.

Стиль спілкування — це індивідуально-стабільна форма комунікативної поведінки людини, яка проявляється в будь-яких умовах взаємодії: в ділових і особистісних стосунках, у керівництві, вихованні дітей, прийнятті рішень і розв'язанні конфліктів, у прийомах психологічного впливу на людей.

Стиль спілкування характеризується перш за все такими параметрами, як мінливість, ситуаційна адекватність та специфічність. Він являє собою рухливу, мінливу в залежності від ситуації систему використання засобів і способів спілкування.

За ступенем адекватності засобів і способів спілкування ситуаційним умовам, в яких відбувається взаємодія, виділяють гнучкий, ригідний та перехідний стилі.

**Гнучкий стиль** характеризується високим рівнем орієнтації в ситуації спілкування, адекватною оцінкою інших та самооцінкою, розумінням підтексту спілкування, емоційного стану співбесідника.

**Ригідний стиль** відрізняє відсутність достатнього аналізу своєї і чужої поведінки, неадекватна оцінка інших і самооцінка, погане володіння собою, нерозуміння підтексту спілкування, відсутність вміння знаходити доцільну форму спілкування для здійснення ефективного впливу на співрозмовника.

**Перехідний стиль** є проміжним. Для нього характерний вияв певною мірою як одних, так і інших тенденцій, тобто розуміння людей і ситуацій неповне, вплив на інших не завжди ефективний і відповідний ситуації.

Необхідно розрізняти такі явища, як стиль спілкування особистості і спілкування особистості в конкретних ситуаціях. Особливості спілкування індивіда в тій чи іншій конкретній ситуації справді неможливо зрозуміти і пояснити без врахування специфічних характеристик і параметрів самої ситуації. Але під стилем розуміють не спілкування особистості взагалі і не його ситуаційно специфічні особливості, а лише характерні, типові для особистості, які відрізняються індивідуальною специфічністю, відносною стабільністю і транситуаційністю, тобто тенденцією проявлятися в об'єктивно відмінних ситуаціях соціальної взаємодії (в рамках певної сфери життєдіяльності або соціальної групи).

❖ Стиль спілкування детерміновано контекстом діяльності, в яку воно включене, а тому індивідуально-типологічні особливості взаємодії вчителя з учнями визначаються як стиль педагогічного спілкування. Стиль педагогічного спілкування являє собою не лише сукупність стабільних у часі, транситуаційних способів, прийомів та експресивних виявів спілкування педагога, а й особистісне надбання вчителя, яке є результатом його професійного самовизначення і самоактуалізації.

### **Питання для самоконтролю**

1. Опишіть терміни "мова" та "мовлення".
2. Як пов'язано мовлення з почуттями
3. Згадайте та опишіть види мовлення
4. Яке мовлення більш частіше використовуєте ви у своєму житті

**Самостійна робота:** *Типові стилі комунікативної поведінки.*

**Задачі:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Література**

*Основна:*

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко

Ст. 173-185

**Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана.

Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 245-248

**Інформаційні ресурси:**

<https://fku.kubg.edu.ua/images/stories/Departaments/uk/PDF/temperament.pdf>

## Лекція № 6

### Тема лекції: Конфлікт. Зони конфлікту. Типи поведінкових реакцій.

**Мета:** активізувати знання студентів про конфлікт та його структурні елементи, ознайомити з видами конфліктів та їх причинами, способами вирішення та попередження конфліктів.

**Загальні компетентності:**

ЗК. 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 6. Здатність до міжособистісної взаємодії.

**Спеціальні компетентності:**

СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.

**Результати навчання:**

РН. 5. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 12. Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді для надання якісної медичної допомоги різним категоріям населення.

## План лекції

1. Поняття про конфлікт. Види конфліктів.

2. Причини конфліктів. Структура конфлікту
3. Аналіз конфліктного стану
4. Стили розв'язання конфліктних ситуацій

### Зміст лекції

#### 1. Поняття про конфлікт. Види конфліктів.

Конфлікти давно стали невід'ємною частиною людського життя. В процесі спілкування, виконання професійних обов'язків, навчання, відпочинку іноді виникають суттєві непорозуміння з іншими людьми через особливості внутрішнього емоційного стану співрозмовників, незадовільну комунікацію, відсутність або недостатній рівень умінь ефективного спілкування тощо. При недостатній увазі зазначені розбіжності можуть перетворитися на різні за своїм змістом та силою прояву конфліктні ситуації, наслідки яких можуть бути відчутні протягом тривалого часу. Підґрунтям для виникнення конфліктів можуть бути розбіжності у поглядах, інтересах, бажаннях, потребах, цілях та мотивах діяльності, несумісність одна з одною особливостей темпераменту, риси характеру, моделі поведінки тощо. Конфлікт – дуже різнобічне і складне явище.

**Конфлікт** (conflictus – від лат. зіткнення) – це зіткнення протилежно направлених, несумісних один з одним тенденцій у свідомості окремо взятого індивіда, у міжособистих взаємодіях або міжособистісних відносинах індивідів чи груп людей, пов'язане з негативними емоційними переживаннями.

**Конфлікт** – неприємне, але доволі часте явище в нашому житті. Щоденно, буває і декілька разів на день, людина знаходиться або в епіцентрі, або стає свідком конфлікту, коли необхідно приймати конкретне рішення щодо стабілізації обстановки в оточуючому соціальному просторі, створення здорової атмосфери, взаємовідносин у сім'ї, забезпечення конструктивної взаємодії з близькими, друзями, діловими партнерами. В якій би сфері конфлікти не виникали, вони завжди супроводжуються переживаннями, стресом, руйнівним впливом на здоров'я людини. Від індивідуальних особливостей кожного з учасників конфліктної ситуації, наявності навиків і вмінь щодо попередження і вирішення конфліктів, від знання їх структури і динаміки залежить успіх всієї справи.

Види конфліктів:

- за ступенем гостроти протиріч конфлікти підрозділяються на такі види: незадоволення, розбіжність, протидія, ворожнеча;
- за проблемно-дієвою ознакою розрізняють конфлікти: управлінські, педагогічні, виробничі, економічні, творчі, політичні та ін.;

□ за ступенем залучення людей у конфлікт виділяють:

- особистий – викликається різними психологічними факторами внутрішнього світу особистості, потребами, інтересами, цінностями тощо,
- міжособистісний – між двома суб'єктами, які намагаються досягнути протилежних цілей, це як правило, боротьба за обмежені ресурси, матеріальні засоби, вакантне місце, робочу силу, час використання обладнання або схвалення проекту. Міжособистісний конфлікт може проявитися і в зіткненні різних типів характеру, темпераменту. Наприклад, два начальники, що мають холеричний темперамент, будуть часто конфліктувати між собою,
- міжгрупові – конфлікти між соціальними групами,
- класові,
- міждержавні,
- міжнародні – відрізняються від міждержавних тим, що в їх основі лежить етнічна ознака;

□ за характером причин, що викликали конфлікт:

- трудовий процес,
- психологічні особливості людських взаємовідносин, тобто за їх симпатіями, антипатіями, діями керівника тощо,
- особистою своєрідністю членів групи, наприклад, невміння контролювати свій емоційний стан, агресивністю, некоммунікабельністю, безтактовністю тощо.

Конфлікти розрізняють і за їх значенням для організації, а також за способом їх вирішення. Розрізняють конструктивні і деструктивні конфлікти.

Для конструктивних конфліктів характерні розбіжності, які торкаються принципового боку, проблеми життєдіяльності організації і її членів, вирішення яких виводить організацію на новий більш високий і ефективний рівень розвитку, з'являються умови для співробітництва, взаєморозуміння. Причинами конструктивних конфліктів є несприятливі умови праці, недосконала система оплати праці, неритмічність роботи, недоліки в технології, наднормові роботи, невідповідність прав і обов'язків, низький рівень трудової та виконавчої дисципліни та ін.

Деструктивні конфлікти приводять до негативних, часто руйнівних дій, що різко понижує ефективність роботи групи чи організації.

Саме тому його особливості, механізми і закономірності цікавлять науковців – представників різних сучасних наук: психології, соціології,

політології, історії, філософії, мистецтвознавства, педагогіки, правознавства, соціобіології, математики, військових наук та ін.

У 6 другій половині ХХ ст. виникла окрема наука, предметом якої є всебічне вивчення конфлікту як соціального явища, – конфліктологія.

**Конфліктологія**– наука, що вивчає закономірності та механізми виникнення і розвитку конфліктів, а також принципи та технології управління ними. Хоча конфліктологія відносно молода наука, але вже можна виділити низку питань, що складають коло її інтересів: соціальна сутність, структура, функції, динаміка, типології та класифікація конфліктів; еволюція поглядів на природу конфліктів; теорії виникнення та подолання конфліктних ситуацій; діагностика, механізми вирішення, способи керування, розв'язання і попередження конфліктів. Конфліктологія має тісні зв'язки з такими науками: філософія, соціологія, психологія (соціальна психологія, психологія управління, психологія ділового спілкування), політологія, економіка тощо. Наприклад, соціальна психологія та соціологія мають з конфліктологією багато спільного, оскільки досліджують особливості міжособистісної та соціальної взаємодії (окремим випадком якої і є конфлікт). Філософія, політологія, економіка та інші суспільні науки конкретизують природу, механізми виникнення, розвитку і наслідки конфліктів різного роду.

Отже, конфлікт ми можемо розглядати як процес крайнього загострення суперечностей та боротьби двох чи більше сторін соціальної взаємодії, який супроводжується негативними емоціями. Це відкрите або приховане протистояння цих сторін внаслідок відстоювання ними взаємовиключних інтересів, цілей, позицій, суджень чи поглядів. При цьому кожна з конфліктуючих сторін вважає себе правою і рішуче вступає в боротьбу за свої інтереси. Конфлікти виникають через протилежність інтересів і соціальних установок людей, вони потребують обов'язкового розв'язання, оскільки без цього неможливе нормальне функціонування соціальної групи, колективу.

## **2. Причини конфліктів. Структура конфлікту**

Причини конфліктів розділяють на три основні групи: об'єктивні, суб'єктивні і об'єктивно-суб'єктивні.

Об'єктивні причини включають у себе дії, що не мають на меті ціленаправлену провокацію конфлікту, але в кінці приводять до нього.

До об'єктивних причин відносяться:

- нечітке розмежування обов'язків (чому я, а не хтось інший);

невідповідність вимог керівника і колективу, що приводить до протиставлення підлеглих і керівника.

В основному за даною причиною виникає конфлікт, коли керівник має авторитарний стиль керівництва: не враховує думку колективу, викликає в підлеглих відчуття обмеження прав, ущільнення почуття власної гідності, що призводить до формування нездорової психологічної обстановки в колективі, закулісному обговоренню проблем за спиною керівника і в результаті до конфлікту за системою: підлеглі-керівник;

неналагоджені стосунки керівника (офіційного лідера) і неформального лідера;

порушення взаємних очікувань. Невиконання зобов'язань у відношенні до іншої особи викликає у неї почуття образи, бажання відомстити.

Суб'єктивні причини включають у себе дії, які ціленаправлено провокують конфлікти. Суб'єктивною причиною конфлікту може виступати конфліктна особистість, яка провокує конфлікти навмисно і залучає в них оточуючих. Як приклад можна навести особистість з яскраво виявленим холеричним темпераментом. У силу особистих якостей ця людина може бути постійним генератором конфліктів. Єдиний засіб нейтралізувати холерика – не звертати увагу на його нападки, тобто не вступати в протиставлення з ним. У деяких випадках особи, що знаходяться в стані стресу, афекту, втоми, також можуть бути потенційними джерелами конфліктів. Уміння правильно визначити стан людини і вірно побудувати власну лінію поведінки в розмові з такими людьми, дозволить уникнути конфлікту.

Об'єктивно-суб'єктивні причини конфлікту закладені в антиподі суб'єктів (наприклад, між новатором і консерватором). Дані суб'єкти не ставлять перед собою завдання ціленаправлено провокувати конфлікт між собою, але займають такі життєві позиції, що в кінці конфлікт неминучий.

Кожний окремо взятий конфлікт має межі в просторі і часі. Просторові межі визначаються територією, на якій виникає конфлікт і можуть бути представлені як мінімальною (робочий кабінет), так і максимальною (територія суверенної держави). Межі часу визначаються тривалістю конфлікту від початку і до кінця.

Якщо конфлікт буде розвиватися стихійно, то можна очікувати такі наслідки:

конфлікт відволікає від більш важливої діяльності;

може заплямувати репутацію і позбавити довіри;

часто позбавляє підтримки і ставить під загрозу справжні інтереси учасників;

- поляризує групу учасників і послаблює згуртованість;
- іноді є причиною сварок тих, хто потребує об'єднання;
- гальмує проведення швидких змін і реформ;
- може руйнувати мораль, провокувати образи, безпідставні звинувачення;
- може принести ряд нових проблем;
- іноді переростає в насилля, жорстокість.

Антагоністичні суперечності розв'язуються у формі вибуху, при якому можливі:

- знищення однієї з протилежностей іншою (терористичний акт);
- взаємознищення (війна).

Наслідки конфлікту можуть бути позитивні та негативні, або очікуванні.

Кожний конфлікт має також більш або менш чітко виражену структуру.

У будь-якому конфлікті присутні:

об'єкт конфліктної ситуації, пов'язаний або з організаційними і технологічними труднощами, особливостями оплати праці, або із специфікою ділових і особистих відносин конфліктуючих сторін;

цілі, суб'єктивні мотиви його учасників, обумовлені їх поглядами і переконаннями, матеріальними і духовними інтересами;

опоненти, конкретні особи, які є його учасниками, і накінець, у будь-якому конфлікті важливо відрізнити безпосередній привід зіткнення від справжніх його причин, часто прихованих.

Аналіз конфліктного стану

Один мудрець сказав: “Суть конфлікту у відмові від спілкування”. Без спілкування не можна прийти до згоди. Тому найперша і найважливіша потреба – визначити час для розмови, але, щоб розмова була предметною, потрібно зробити аналіз конфліктної проблеми.

Для аналізу конфлікту можна застосувати схему:

- ✓  опис ситуації, що виникла, конфлікту, вчинку, учасника конфлікту, місце виникнення, дії учасників тощо;
- ✓  що передувало виникненню проблемної ситуації;
- ✓  які вікові й індивідуальні особливості учасників виявилися в їх поведінці (психологічний аналіз);

- ✓  причини ситуації, що виникла;
- ✓  сенс конфлікту для кожного з його учасників;
- ✓  психологічний аналіз стосунків між учасниками конфлікту;
- ✓  перспективні виховні та пізнавальні цілі при визначенні різних варіантів розв'язання ситуації.

### *Конфліктна ситуація*

Можна виділити декілька типових варіантів “образів конфліктної ситуації”, що складаються в уяві конфліктуючих сторін.

1. “Ілюзії власного благородства і непогрішності” – ми часто вважаємо себе жертвою нападу супротивника, моральні якості якого сумнівні, нам здається, що справедливість цілком на нашому боці і свідчить на нашу користь.
2. “Пошук соломинки в оці іншого” – кожен із конфліктуючих ясно бачить недоліки та погрішності супротивника, але не свої власні, тому реагує досить бурно на його вчинки, притуплюючи критику на свою адресу.
3. “Подвійна етика” – навіть тоді, коли супротивники усвідомлюють, що абсолютно однаково поведуть себе у відношенні один до одного, все ж власні дії сприймають як допустимі і законні, а дії опонента, навпаки, погані і неадекватні.
4. “Все ясно” – часто кожен з опонентів спрощує ситуацію конфлікту, щоб представити свої дії як хороші та правильні, а дії опонента, навпаки, погані і неадекватні.
5. “Самопідтверджуюче припущення” – ми опиняємося в тенетах власної упередженості, коли вважаємо, що партнер настроєний виключно вороже, починаємо захищатися від нього, переходячи в наступ, конфліктуюча сторона відчуває ворожість до нас і тоді попереднє припущення, навіть якщо воно і було невірним, дуже швидко одержує підтвердження, що негативно відбивається на процесі вирішення конфлікту.

### **Стилі розв'язання конфліктних ситуацій**

Є п'ять основних стилів розв'язання конфлікту, які виділяють К.У. Томас і Р.Х. Кілменн:

1.  конкуренція або співробітництво;
2.  співпраця;
3.  компроміс;
4.  пристосування;

## 5. Ігнорування або ухилення.

Якщо уявити це в графічній формі, то отримаємо сітку Томаса-Кілменна, яка дозволяє проаналізувати конфлікт і вибрати оптимальну стратегію поведінки. Вона у свою чергу дозволяє для кожної людини створити свій власний стиль вирішення конфлікту.

Міра, з якою ви прагнете задовольнити власні інтереси	Стиль конкуренції	Стиль співробітництва	Активні дії
Стиль компромісу			

Кожна людина в ідеалі повинна володіти всіма стилями розв'язання конфліктних ситуацій.

Стиль конкуренції, він може бути ефективним тоді, коли ви наділені певною владою; ви знаєте, що ваше рішення чи підхід у даній ситуації правильні, і маєте можливість наполягати на них.

При цьому стилі не виявляється зацікавленість у співробітництві з іншими людьми, для людини найважливіше власні інтереси і свій варіант розв'язання проблеми за допомогою вольового тиску й опори на авторитет власної влади. Цей стиль не може бути використаний у близьких особистих стосунках, оскільки крім почуття відчуження він більше нічого викликати не може.

Стиль ухилення використовується в ситуаціях, коли позиція нестійка, відсутня співпраця з іншими з метою розв'язання проблеми. Цей стиль доцільно застосувати, якщо проблема не дуже важлива або коли відчувається помилковість власної позиції та правильність позиції іншої сторони конфлікту, коли сили не рівні або коли інший наділений владою.

Стиль також застосовується, якщо відбувається спілкування з психічно складною й конфліктною людиною та, якщо немає причин підтримувати з нею контакти. Доцільна ця стратегія й у випадках відсутності достатньої інформації.

Не слід думати, що цей стиль є "втечею" від проблеми або ухиленням від відповідальності. У дійсності відступ може бути підходящою реакцією на конфліктну ситуацію, так як за цей період вона може розв'язатися сама по собі, або ви зможете вирішити її, коли будете мати достатню кількість інформації та бажання розв'язати дану ситуацію.

Стиль компромісу знаходиться в середині сітки Томаса-Кілменна. Суть його полягає в тому, що сторони намагаються врегулювати суперечку, йдучи на взаємні поступки.

Такі дії можуть нагадувати співпрацю, але задоволення спільних потреб відбувається на поверхневому рівні, тут не аналізуються приховані, внутрішні потреби.

**Стиль компромісу** найбільш ефективний тоді, коли обидві сторони прагнуть одного й того самого, хоча розуміють, що одночасно задовольнити їх інтереси неможливо. Найпоширеніші випадки його застосування: обидві сторони мають однакову владу та протилежні інтереси; треба швидко досягти рішення і немає часу на обговорення; влаштовує тимчасове вирішення; інші шляхи неефективні; компроміс дає змогу зберегти нормальні стосунки.

**Стиль співробітництва** – найважчий з усіх стилів, але разом з тим найбільш ефективний при вирішенні конфліктних ситуацій. Перевага його в тому, що при вмілому веденні ділової бесіди ваш опонент стає партнером. Для цього обидві сторони повинні затратити на це час, повинні вміти пояснити свої бажання, висловити свої потреби, вислухати один одного, а потім виробити альтернативні варіанти розв'язання проблеми. Відсутність хоча б одного з цих елементів робить такий підхід неефективним.

**Стиль пристосування** означає, що ви дієте разом з іншою людиною, але при цьому не намагаєтесь захищати власні інтереси з метою згладжування атмосфери й відновлення нормальної робочої обстановки. Але це не означає, що ви повинні відмовитись від своїх інтересів. Ви просто повинні якби відсунути їх на деякий час, а потім у більш сприятливій ситуації, вернутися до цього питання й обстояти свою позицію.

Стиль пристосування можна застосувати в таких ситуаціях:

- найважливіше – відновити спокій і стабільність, а не розв'язування конфлікту;
- предмет суперечки не важливий для вас або вас не зовсім хвилює те, що сталося;
- ви вважаєте, що краще зберегти добрі стосунки з іншими людьми, ніж відстоювати власну точку зору;
- ви усвідомлюєте, що правда на вашому боці;
- ви відчуваєте, що у вас недостатньо влади або шансів перемогти.

Якщо ви вважаєте, що поступаєтеся в чомусь дуже важливому і відчуваєте у зв'язку з цим незадоволення, то метод пристосування в цьому разі не підходить. Він не прийнятний і тоді, коли ви відчуваєте, що інша людина не збирається поступитися чимось або не оцінить вашого внеску у вирішення проблеми.

Культура розв'язання конфлікту.

Прийоми приглушення конфлікту

**Культура розв'язання конфлікту** – це система засобів впливу на конфлікт, морально-етичні та професійні рівні вирішення конфлікту, якими користуються конфліктуючі сторони або запрошена особа чи група осіб.

На поведінку в конфліктній ситуації впливають як вроджені особливості (темперамент, задатки), так і набуті соціальні якості (освіта, світогляд тощо).

Для зниження конфліктності в суспільстві необхідний комплекс заходів політичного, психологічного та культурного характеру. Серед найважливіших є проблема формування культури розв'язання конфліктів, особливо політичних, оскільки вони пов'язані з владними структурами, виробленням і реалізацією ухвал, рішень, законів та ін. Тому слід враховувати людський фактор. У процесі спілкування ми маємо справу з людьми, які володіють емоціями, дотримуються певних традицій, різних поглядів, мають свій власний та набутий іншими людьми досвід.

Важливим є і те, що кожен учасник переговорів з тієї чи іншої конфліктної ситуації переслідує подвійний інтерес відносно суті справи та стосунків між партнерами.

Нелегко змінити свої звички, відокремити емоції від суті проблеми або переконати інших у необхідності розробки розумного вирішення проблеми.

Проте, час від часу бажано нагадувати собі про те, що ви вимушені знайти “тонкий” шлях до вирішення проблеми, який би допоміг вам залишатися коректною особою й вирішити проблему.

*Вимоги до поведінки в конфлікті.*

1. Пам'ятайте, що під час конфлікту в людини домінують не розум, а емоції, що веде до афекту, коли свідомість просто відключається, і людина не відповідає за свої слова та вчинки.
2. Дотримуйтесь багатоальтернативного підходу і, наполягаючи на своєму, не відхиляйте думку партнера, запитуючи себе: “Хіба я ніколи не помиляюсь?” Намагайтесь проаналізувати дві пропозиції й оцініть яку вигоду та втрату вони принесуть у найближчий час і згодом.

3. Усвідомте значимість розв'язання конфлікту для себе, задаючи питання: “Що буде якщо вихід не буде знайдено?” Це дозволить перенести центр тяжіння з відносин на проблему.
4. Якщо ви і ваш співбесідник роздратовані й агресивні, то необхідно знизити внутрішню напругу, “випустити пар”. Але розрядитися на оточуючих – це не вихід, а вихідка. Але якщо вже так сталося, що втратили контроль над собою, спробуйте зробити єдине: перестаньте говорити самі, а не вимагайте цього від партнера. Уникайте констатації негативних емоційних станів партнера.
5. Орієнтуйтеся на позитивне, краще в людині. Тоді ви зобов'язуєте і його бути кращим.
6. Запропонуйте співбесіднику стати на ваше місце і запитати: “Якщо б ви були на моєму місці, то, що б ви зробили?”. Це знімає критичний настрій і переводить співбесідника з емоцій на осмислення ситуації.
7. Не перебільшуйте свої заслуги і не демонструйте знаки неперевершення.
8. Не звинувачуйте і не приписуйте тільки партнеру відповідальність за ситуацію, що виникла.
9. Незалежно від результатів вирішення протиріч старайтеся не розривати відносини.

Вченими-психологами, соціологами, конфліктологами, менеджерами вироблено певні норми, прийоми які допустимі в їх рамках, можливостей, щоб приглушити конфлікт. Такими прийомами можуть бути: прямі та непрямі методи.

#### Прямі методи.

1. Керівник по черзі запрошує до себе конфліктуючі сторони, просить кожен викласти суть і причини суперечки, просить наводити тільки факти і категорично заперечує спробі очернити один одного. Унаслідок цих бесід керівник приходять до певного висновку, викликає обидві сторони і пропонує їм висловитися в його присутності. Потім оголошує рішення – інцидент вичерпаний і до нього знову не повертаються.
2. Конфліктуючим пропонується висловити взаємні претензії при всій групі: на зборах, на нараді тощо. Рішення приймається групою, оголошується як таке, що не підлягає подальшому обговоренню.
3. Якщо після цього конфлікт не вичерпаний, керівник має право вжити санкцій щодо конфліктуючих: від повторних критичних зауважень до адміністративного попередження. Якщо і це не допомагає, керівник шукає

засоби розвести конфлікуючих (по різних класах, цехах, різних робочих місцях).

Непрямі методи.

Принципи:

□ “виходу почуттів” – якщо людині дати можливість вилити свої негативні емоції, то поступово вони самі собою змінюються на позитивні, треба тільки проявити витримку й здатність емоційно підтримати людину;

□ “емоційного відшкодування” – часто людина, яка звертається з приводу конфлікту, відчуває себе потерпілою, слухаючи, можна так її і сприймати, сказати і про хороше, що в ній є, бо з тим, що людина страждає, не можна не рахуватись – таким чином відбувається “емоційне відшкодування” пригніченого стану;

□ “авторитетного третього” – тонкий психологічний прийом, при якому третій співрозмовник, слухаючи конкретну ситуацію, скупко, але авторитетно скаже позитивно про людину, яку вважають спонукачем конфлікту;

□ “оголеної агресії” дає можливість людині, яка слухає конфліктну ситуацію, примусити тих, хто сперечається, ще раз повторити конфлікт спочатку до кінця, щоб ще раз подумати над аналізом;

□ “примусового слухання опонента” враховує те, що люди, які сперечаються, не слухають один одного. Дати змогу виговоритися в присутності керівника, але так, щоб кожний повторював попередню репліку опонента.

Незвичайність такої ситуації змінює рівень емоційного напруження і сприяє зростанню самокритичності;

□ “розширення духовного обрію” пропонує конфлікуючим довгий час сперечатися в присутності керівника. При цьому треба використовувати відеозапис (якщо він є). Як правило, перегляд суперечки в запису охолоджує емоції. Суперники починають усвідомлювати, що вели себе непристойно.

Досить важливе місце в процесі вирішення конфлікту можна відвести посередникові. Посередником має бути авторитетна, знаюча людина, якій властиві такт і “міра речей”.

Вирішення конфліктів – складна процедура. Конфліктні ситуації виникають інколи з-за дрібниць, а інколи з-за складнощів. Вирішення конфліктів – велике мистецтво.

Для того, щоб застерегти людей від конфлікту, треба всім дотримуватись правил, заснованих на високоморальному ставленні до людей.

*Правила доброго спілкування.*

1. Не відносьтесь до інших так, як би ви не хотіли, щоб вони відносились до вас.
2. Дайте людям відчувати свою значимість. Зосереджуйте увагу не на недоліках, а на позитивних якостях.
3. Якщо вас втягнули в конфлікт, то ви повинні подумати, як вийти з проблемної взаємодії з найменшими збитками (моральними та матеріальними).
4. Якщо виникає конфлікт, то не піддавайтесь емоціям і не поспішайте його форсувати. (“Хто спішить, той людей смішить”).
5. У думці відтворіть все “позитивне” і “негативне”, моменти тих чи інших варіантів розвитку конфліктів, щоб бути впевненим у правоті доказу.
6. Не конфліктуйте через дрібниці.
7. Хто робить перший крок до примирення, той виграє.

#### **Питання для самоконтролю**

- 1.Що таке конфлікт? Які є види конфліктів?
- 2.На які групи розділяють причини конфліктів?
- 3.Які наслідки можна очікувати після виникнення конфлікту?
- 4.Яка структура конфлікту? Як зробити аналіз конфліктного стану?

**Самостійна робота: Особливості спілкування медичного працівника з пацієнтами в умовах стаціонару. Психологічні варіанти взаємовідносин медичної сестри і пацієнта**

#### **Література**

##### **Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко

Ст. 8-29

##### **Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 8-22

##### **Інформаційні ресурси:**

4. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

**Лекція № 7**  
**Тема лекції: Розвиток психіки. Свідомість.**

**Загальні компетентності:**

ЗК. 2. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.

ЗК. 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 6. Здатність до міжособистісної взаємодії.

**Спеціальні компетентності:**

СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.

**Результати навчання:**

РН. 13. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

**План лекції**

1. Розвиток психіки на різних етапах еволюції тваринного світу.
2. Відмінності між психікою тварини і людини.
3. Поняття про свідомість. Структура свідомості. Свідоме та несвідоме.
4. Роль трудової діяльності у виникненні та розвитку свідомості.

**Зміст лекції**

Психіка – це властивість високоорганізованої матерії (мозку) відображати об'єктивну реальність на основі сформованого при цьому психічного образу, що дозволяє регулювати діяльність і поведінку людини; – це суб'єктивне відображення об'єктивного світу. Психіка – суб'єктивне відображення об'єктивного світу. Психічне відображення світу людини, пов'язане з її суспільною природою, яке опосередковується суспільно виробленими знаннями. Психіка, як відображаюча здатність, є й у тварин. Але вищою формою психіки є свідомість людини, яка виникла у процесі суспільно-трудової практики. Свідомість нерозривно пов'язана із мовленням. Завдяки свідомості людина довільно регулює свою поведінку. Свідомість не фотографічно відбиває явища дійсності. Вона розкриває об'єктивні внутрішні зв'язки між явищами. Змістом психіки є ідеальні відображення об'єктивно існуючих явищ. Але ці відображення виникають у різних людей своєрідно. Вони залежать від минулого досвіду, знань, потреб, інтересів, психічного стану і т.д. Інакше кажучи, психіка – це суб'єктивне відображення об'єктивного світу. Однак суб'єктивний характер відображення не означає, що це відображення неправильне; перевірка суспільно-історичної й особистісної практики забезпечує об'єктивне відображення навколишнього світу. Психіка містить у собі не тільки психічні образи, але і позаобразні компоненти – загальні ціннісні орієнтації особистості, змісти і значення явищ, розумової дії. Наукове трактування психіки зводиться до наступних основоположень:

- Психіка виникла на певній стадії розвитку матерії – стадії появи тваринних організмів – і становить собою відображально-регуляційний механізм адаптивної поведінки. У процесі еволюційного розвитку тварин, їх нервової системи розвивалася психіка.
- Вищий етап розвитку психіки – свідомість, виникнення якої обумовлене трудовою діяльністю людини в умовах колективного спілкування.
- Психіка людини формується в її активній діяльності. Закономірності психіки – перехід зовнішньої взаємодії з предметами у психічний образ і психічного образу – в регульовану нею дію.
- Психіка опосередкована діяльністю мозку, але сама по собі вона – явище ідеальне та обумовлене соціокультурними чинниками.
- Психічні явища мають певну структуру і системну організацію. Особливості психіки:
- Психічне відображення має активний характер, пов'язане із пошуком та підбором способів дій, що відповідають умовам. середовища.

- Психічне відображення має випереджальний характер, забезпечує функцію передбачення в діяльності та поведінці.

- Кожний психічний акт є результатом дії об'єктивного через суб'єктивне, через людську індивідуальність, що накладає відображення своєрідності на її психічне життя.

- У процесі активної діяльності психіка постійно удосконалюється й розвивається. Функції психіки: 1. регуляція індивідуальної поведінки на основі віддзеркалення зовнішньої реальності і співвідношення її з потребами людини: психічна реальність побудована складно, але її умовно можна розділити на екзопсихіку, ендопсихіку й інтропсихіку. Екзопсихікою називається та частина психіки людини, яка відображає зовнішню по відношенню до її організму реальність. Наприклад, ми вважаємо джерелом зорових образів не наш орган зору, а предмети зовнішнього світу. Ендопсихіка – це частина психічної реальності, що відображає стан нашого організму. До ендопсихіки відносяться потреби, емоції, відчуття комфорту і дискомфорту. Але є великий клас явищ, які відрізняються і від ендопсихічних, і від екзопсихічних. Це інтропсихічні явища. До них відносяться думки, вольові зусилля, фантазії, сні. Їх важко віднести до деяких станів організму і неможливо вважати джерелом зовнішньої реальності. Інтропсихічні процеси і явища можна вважати «власне психічними процесами». 2. регуляція поведінки і діяльності: психічні процеси, що забезпечують регуляцію поведінки, вони дуже всілякі і різноманітні. Мотиваційні процеси забезпечують спрямованість поведінки і рівень її активності. Процеси планування забезпечують створення способів і стратегій поведінки, висунення мети на основі мотивів і потреб. Процеси ухвалення рішень визначають вибір мети діяльності і засобів її досягнення. Емоції забезпечують віддзеркалення наших стосунків до реальності, механізм «зворотного зв'язку» і регуляцію внутрішнього стану. 3. комунікативна: комунікативні процеси забезпечують передачу інформації від однієї людини до іншої, координацію спільної діяльності, встановлення стосунків між людьми. Мовлення і невербальне спілкування – основні процеси, що забезпечують комунікацію. При цьому, головним процесом, поза сумнівом, слід вважати мовлення, яке розвинене лише у людей. Психіка властива людям і тваринам. Однак, психіка людини, як вища форма психіки, позначається ще і поняттям «свідомість». Але поняття психіки ширше, ніж поняття свідомість, тому що психіка містить у собі сфери підсвідомості та надсвідомості («Над-Я»).

ПСИХІЧНІ ЯВИЩА це регулятори, відповіді мозку на зовнішні та внутрішні подразники (реакції на дії навколишнього середовища та стан організму), які призводять до активності людини, опосередковуються іншими психічними

явищами (почуття, воля, пам'ять тощо) і проявляються в різноманітній поведінці людини. Світ психічних явищ – це сукупність всіх процесів, станів та властивостей, які відображають основний зміст психіки людини і які вивчає психологія як специфічна галузь знань. Всі психічні явища діляться на три групи: психічні процеси, психічні стани та психічні властивості. Вони розрізняються за тривалістю протікання, так: психічні процеси короткострокові психічні стани більш тривалі психічні властивості довготривалі та стійкі.

**ПСИХІЧНІ ПРОЦЕСИ** становлять собою вихідну групу психічних явищ, на основі яких формуються психічні образи. Психічні процеси – це динамічне відображення дійсності в різних формах психічних явищ. Різновидами психічних процесів є: емоційні це специфічна форма психічного відображення суб'єктивного ставлення людини до предметів або явищ у формі безпосереднього переживання приємного або неприємного. Емоційні процеси роблять світ психічних явищ більш насиченим, більш різноманітним і більш своєрідним. Емоції і почуття є формами переживання людиною свого ставлення до дійсності, формами прояву (актуалізації) емоційних процесів, органічно пов'язані між собою.

**ПСИХІЧНІ СТАНИ** – це тимчасова психічна діяльність, що обумовлена її змістом і ставленням людини до цього змісту. Види психічних станів виділяють у залежності від таких параметрів: А) переважних форм психіки: емоційні емоційний тон відчуттів, емоційний відгук на явища дійсності, настрої, конфліктні емоційні стани – стрес, афект, фрустрація; пізнавальні проявляються в різних рівнях уважності, працездатності; вольові ініціативність, цілеспрямованість, рішучість, наполегливість (їхня класифікація пов'язана зі структурою складної вольової дії); мотиваційні бажання, прагнення, інтереси, пристрасті; Б) впливу на особистість: позитивні підсилюють активність людини; спонукають до підтримки позитивної події; негативні спонукають дії, які спрямовані на усунення контакту з негативною подією; дезорганізують ту діяльність, яка приводить до її виникнення, але організують дії, спрямовані на зменшення та усунення шкідливих впливів; стеничні підштовхують до вчинків, висловів, збільшують напругу сил (радість, страх, злість); астенічні характеризуються пасивністю, бездіяльністю (страждання, неспокій, страх); В) глибини (глибокі, поверхневі); Г) часу протікання (короткочасні, затяжні, тривалі та ін.); Д) ступеня усвідомленості (усвідомлені та неусвідомлені); Є) залежно від ролі особистості і ситуації у виникненні психічних станів (особистісні та ситуативні); Ж) залежно від причин, що їх викликають; З) залежно від міри адекватності об'єктивності обстановки, що викликала їх (адекватні, неадекватні). Психічний стан становить собою відносно стійку інтеграцію всіх психічних проявів людини при певній її

взаємодії з дійсністю. Проявляється в загальному функціональному рівні психічної активності в залежності від спрямованості діяльності людини в даний момент і її особистісних особливостей. Психічні стани впливають на протікання психічних процесів та, повторюючись часто, набираючи стійкість, можуть включитися до структури особистості в якості її специфічної властивості. На сьогодні немає єдиного погляду на проблему станів, оскільки їх можна розглядати у двох аспектах. Вони є одночасно як зрізами динаміки особистості, так і інтегральними реакціями особистості, обумовленими її відносинами, поведінковими потребами, цілями активності й адаптивності в оточуючому середовищі. **ВЛАСТИВОСТІ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ** цілісність характеризує у певний проміжок часу всю психічну діяльність загалом, виражає конкретне взаємовідношення всіх компонентів психіки; рухливість полягає в їх мінливості, в наявності стадій протікання (початок, певна динаміка і кінець); відносна стійкість їх динаміка менш виражена, ніж у психічних процесів (пізнавальних, вольових, емоційних); різноманітність полягає у багатомірності та залежить від усієї ситуації особистісної життєдіяльності людини у кожний конкретний час; полярність кожному психічному стану людини відповідає протилежний стан (упевненість – неупевненість, активність – пасивність, фрустрація – толерантність тощо). **ПСИХІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ** – це типові для даної людини особливості її психіки, особливості реалізації її психічних процесів. Психологічні властивості більш-менш стійкі індивідуальні психологічні особливості, які проявляються у поведінці та визначають людину як особистість, відмінну від інших людей. До психічних властивостей слід віднести: життєву позицію особистості систему інтересів, переконань, ідеалів, установок – які визначають вибірковість і рівень активності людини; темперамент систему природних властивостей особистості, – рухливість, врівноваженість поведінки й тонус активності, – які обумовлюють динамічну сторону поведінки; здібності систему інтелектуально-вольових і емоційних властивостей, – які визначають творчі можливості особистості; характер систему стійких індивідуальнопсихологічних якостей (їх особливостей, властивостей, ознак). Таким чином, структура психічної діяльності особистості є динамічною, складною і багатогранною. Усі її компоненти взаємопов'язані та взаємообумовлені. Із розвитком особистості відбуваються зміни і в її психологічній структурі. Водночас, структура кожної особистості є відносно стійкою. Вона містить типові для індивіда системи психічних процесів, станів та властивостей, які характеризують її як людину, від якої можна очікувати в тих або інших ситуаціях життя цілком певних вчинків і дій. Отже, кожна людина є єдністю стійкого і мінливого, і тільки така організація дає змогу людині бути самою собою, виявляти гнучкість і вести спосіб життя, який є адекватний умовам.

Свідомість – це функція головного мозку людини, яка полягає у відображенні об'єктивних властивостей предметів і явищ навколишнього середовища, процесів, що відбуваються у ньому, своїх дій, у передбаченні та прогнозуванні їх наслідків, а також у регулюванні взаємозв'язків людини із природою і соціальною дійсністю. Свідомість людини є найвищим рівнем психіки, її виникнення обумовлене трудовою діяльністю в умовах колективного спілкування.

Складові частини свідомості (пізнання суб'єкта і об'єкта): Самосвідомість – усвідомлення свого «Я» – аутопсихічне орієнтування. Усвідомлення навколишнього світу – («не-Я») – аллопсихічне орієнтування у місці, часі, просторі, оточуючих особах, предметах і явищах. Властивості свідомості – Об'єм – певна кількість зв'язків чи переживань, які виникають під впливом різних подразників і знаходяться у свідомості у теперішній час, тобто це широта обсягу свідомості навколишньої ситуації та власних переживань. – Зміст – значення асоціацій, які виникають під впливом різних подразників і певний час знаходяться у свідомості (зміст думок, переживань та ін.). – Безперервність – поєднання переживань минулого, теперішнього і майбутнього. – Ясність – наявність чіткого і послідовного сприйняття навколишнього і правильної орієнтації у ньому (усвідомлення навколишнього середовища, місця, часу та ін.), наявність самосвідомості і збереження пам'яті на минуле і теперішнє, активної уваги та мислення. Ясність свідомості відповідає сучасному терміну «рівень бадьорості». Рівень бадьорості має добові коливання: сягає максимуму між 10-ма і 16-ма годинами, потім знижується на 2-3 години (о 16-18 годині) і незначно підвищується між 19-22-ма годинами, не досягаючи початкового рівня. Цю закономірність добових коливань рівня бадьорості необхідно враховувати при розподілі добового навантаження, оскільки вони супроводжуються змінами багатьох сторін психічної діяльності (уваги, пам'яті, осмислення, швидкості і точності рухових реакцій та ін.). Види свідомості: – Індивідуальна – відображає індивідуальне буття індивіда і його в тій чи іншій мірі суспільне буття через посередництво – Суспільна – несе в собі загальний зміст, притаманний всій масі індивідуальних свідомостей. Суспільна свідомість виступає в різних формах: суспільно-політичні погляди та теорії, правові погляди, наука, філософія, мораль, мистецтво, релігія. Етапи формування свідомості (Г.К. Ушаков (1901-1963 рр.)): До 1 року – Характеризується першими реакціями на навколишній світ і змінами внутрішнього стану організму. Від 1 року до 3 років – предметна свідомість. Характеризується здатністю дитини розрізняти предмети навколишнього світу. Від 3 до 9 років – індивідуальна свідомість. Характеризується виділенням себе з об'єктів зовнішнього світу, передусім виділенням свого «Я» з об'єктів неживої природи,

потім навколишніх осіб, розуміння значення понять «я», «вони» і т.ін. Від 9 до 16 років – колективна свідомість. Характеризується формуванням взаємостосунків міжособистістю і колективом сім'ї, школи. Від 16 до 22 років – рефлексивна, вища суспільна, свідомість. Характеризується усвідомленням своєї соціальної ролі у суспільстві. Найнижчий рівень психіки утворює підсвідоме. Підсвідоме – це сукупність психічних процесів і станів, які зумовлені впливами (стимулами), що не усвідомлюються людиною. Становить собою форму відображення свідомості, при якій втрачається повнота орієнтування у часі і місці дії, порушується мовне регулювання поведінки, неможливий цілеспрямований контроль людиною своїх дій і оцінювання їх наслідків. До підсвідомого відносять психічні явища, що виникають у сні, зворотні реакції на субпорогові подразники; рухи, які в минулому були свідомими, але завдяки повторенню стали автоматизованими і тому – більше неусвідомленими; деякі спонукання до діяльності, коли відсутнє усвідомлення мети. До підсвідомого відносять і деякі патологічні феномени: марення, галюцинації. Підсвідоме – це настільки ж специфічний психічний прояв, притаманний людині, як і свідомість; воно детерміноване суспільними умовами існування і виступає як часткове, недостатньо адекватне відображення світу мозком людини. Нейрофізіологічні основи свідомих і підсвідомих процесів. Фізіологічною основою ясної свідомості, за І. П. Павловим, є оптимальна активність на даний момент певної ділянки кори великих півкуль мозку, що переміщується по її поверхні, із негативною індукцією по периферії. Повний об'єм ясної свідомості забезпечується лише об'єднаним функціонуванням усіх відділів головного мозку. Вся інформація, що потрапляє до мозку, спочатку аналізується на підсвідомому рівні, за участю невеликого об'єму нервових елементів кори і підкоркової ділянки, достатніх для даної ситуації. У цьому випадку виникають рефлекторні автоматизовані реакції, максимально енергетично «економні» і швидкі. На підсвідомому рівні здійснюються усі інстинктивні реакції (самозбереження – напад, втеча, продовження роду), автоматизовані дії на зразок добре засвоєних професійних і побутових навичок та ін., а також так звані помилки на слові, ляпсуси, психологічні захисні механізми особи. Ми здатні охопити ясною свідомістю лише маленьку частину усього об'єму інформації з навколишнього світу, несвідомо ми реагуємо та відзначаємо значно більше ніж усвідомлюємо. Об'єм нашої свідомості обмежений здатністю зберігати сліди максимум семи одиниць інформації у будь-який момент часу. – «Ми формуємо звички і тим самим звільняємо себе для того, щоб помічати інші речі». За даними деяких авторів, не менш ніж 70% наших життєвих процесів здійснюється підсвідомо. Між свідомими і підсвідомими процесами існує динамічна рухома рівновага, яка визначається характером взаємовідносин суб'єкта із дійсністю, його життєвим досвідом, історичним досвідом людства, а також станом ЦНС. ЗАХИСНІ МЕХАНІЗМИ

**ПСИХІКИ** Значний внесок у вивчення підсвідомих психічних процесів у структурі цілісної психічної діяльності був зроблений вітчизняними вченими: І. М. Сеченовим (1829–1905 рр.), І. П. Павловим (1849 – 1936 рр.), Д. Н. Узнадзе (1887 – 1950 рр.), В. М. Мясищевим (1902 – 1978 рр.), Г. В. Гершуні (1827 – 1932 рр.), В. Є. Рожновим (1918–1998 рр.) та іншими. Початок вивчення підсвідомих захисних психологічних механізмів поклав З. Фрейд (1856–1939 рр.), який визначав їх як засоби вирішення конфлікту між свідомістю та підсвідомістю і спрямування енергії лібідо у соціально прийнятні форми діяльності, захист від внутрішніх і зовнішніх конфліктів, компроміс між конфліктними імпульсами з усуненням внутрішнього напруження.

Виокремлюють такі захисні механізми психіки: Витіснення - забезпечує усунення неприйнятних потягів, почуттів, бажань і думок із свідомості у підсвідоме. Те, що було витіснене, не руйнується: при послабленні механізму пригнічення воно частково сягає рівня свідомості і викликає почуття тривоги та інші захисні реакції (специфічні сновидіння, раціоналізацію, проекцію тощо). ⊗ Заперечення - це спроба не приймати за реальність небажані для себе події. Примітна здатність у таких випадках «пропускати» у своїх спогадах неприємні пережиті події, замінюючи їх вигадкою. Як захисний механізм, заперечення полягає у відволіканні уваги від хворобливих ідей і почуттів, але не робить їх абсолютно недоступними для свідомості. ⊗ Раціоналізація - один із найбільш загальних механізмів установа почуття власної гідності та ліквідації почуття провини. Забезпечує раціональне («розумне») пояснення вчинків, справжні мотиви яких залишаються неосмисленими. Це неусвідомлене прагнення до самовиправдання, пошук причин і мотивів своїх вчинків у зовнішньому середовищі, звинувачення, наприклад навколишніх у своїй хворобі, у своїх невдачах та ін. ⊗ Регресія - це повернення до дитячих, ранніх форм поведінки. До цього типу захисних механізмів вдаються, як правило, незрілі, інфантильні особистості. Однак і нормальні дорослі в ситуаціях психічного перевантаження можуть використовувати цей захисний механізм. Приклади регресії – це такі реакції на травмуючі переживання або ситуації, як плач, «надутися» і ні з ким не розмовляти і т.д. ⊗ Ідентифікація - забезпечує досягнення внутрішнього психічного заспокоєння шляхом співставлення (ідентифікації) себе з будь-ким (мати, ідентифікуючи себе зі своєю дитиною, говорить замість «вона, йому» – «ми, нам»; бажання, щоб діти досягли у житті того, до чого прагнув, але не досяг сам). Формами ідентифікації є емпатія (здатність до проекції себе у ситуацію та почуття інших, здатність відчувати і розуміти стан іншої людини), реакції підліткової ідентифікації – прагнення максимально бути схожим на лідера групи чи естрадного кумира. ⊗ Заміщення (перенос) - механізм, при якому недосяжна (неприйнятна) мета (емоція, об'єкт,

наприклад, людина) заміщується підсвідомо більш прийнятними і досяжними. Так забезпечується задоволення підсвідомого потягу до будь-чого чи будь-кого, почуття переноситься з актуального об'єкта на його заміщувач. Особливо часто переносяться з однієї особи на іншу ставлення (вороже, нігілістичне) та почуття (любви, ненависті). **⊗** Гіперкомпенсація - компенсація наявної чи уявної фізичної або психічної неповноцінності людини, при якій людина намагається подолати її, докладаючи для цього значно більші зусилля, ніж потрібно. Стимул до розвитку даного стану з'являється, якщо людина досягає значних результатів на шляху до досягнення поставленої мети; проте, зайва гіперкомпенсація може заподіяти шкоду їй. **⊗** Проекція - засіб захисту, при якому власні неусвідомлені риси, потяги і мотиви (агресивні, несхвальні – ненависть, страх, нечесність) приписуються іншим, ніби проєктуються на них. Людина при цьому відчуває себе невинною і жертвою іншого. Механізм проєкції часто буває причиною упередженого і ворожого ставлення до інших осіб, на яких проєктуються власні негативні тенденції, і легко призводить до розвитку взаємного відчуження. **⊗** Сублимація - становить собою зняття внутрішньої напруги за допомогою спрямування нереалізованої енергії на досягнення соціально прийнятних цілей, або в інше русло. **⊗** Формування реакції - становить собою різкий перехід до протилежного для заперечення неприйнятної бажання чи почуття. При цьому первинне бажання або почуття безпосередньо не переживається: негайно включається в роботу механізм помилкової особистості, і натомість переживається сильне протилежне бажання або почуття. Реакція формується майже миттєво, без якого би то не було відчуття зусилля. Людина живе і функціонує в різних станах свідомості.

### **Питання для самоконтролю**

1. Чи слід вважати психологію природничою наукою? Обґрунтуйте свою відповідь
2. Назвіть з якими ще гуманітарними науками пов'язана психологія
3. Дайте визначення загальній психології та медична психологія.

**Самостійна робота: *Історичний розвиток психіки. Єдність процесу розвитку психіки***

### **Література**

#### **Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко

Ст. 8-29

#### **Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана.  
Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 8-22

**Інформаційні ресурси:**

5. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

## **Лекція № 8**

### **Тема лекції: Особистість і колектив. Психологічні особливості взаємовідносин медичних працівників між собою. Психічні якості особистості.**

#### **Загальні компетентності:**

ЗК. 1. Здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні.

ЗК. 5. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 6. Здатність до міжособистісної взаємодії.

#### **Спеціальні компетентності:**

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

#### **Результати навчання:**

РН. 5. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 6. Застосовувати паліативну компетентність при роботі з пацієнтами, їх оточенням, медичними та соціальними працівниками під час здійснення професійної діяльності.

РН. 12. Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді для надання якісної медичної допомоги різним категоріям населення.

РН. 13. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

### План лекції

1. Медичний колектив, його значення в діяльності медичного працівника.
2. Колегіальність у медичному колективі як один із наріжних принципів регулювання стосунків між співробітниками.
3. Норми взаємовідносин, субординація.
4. Мікроклімат, соціально-психологічний клімат у колективі.
5. Лідер і лідерство у колективі.
6. Основні етичні категорії: обов'язок, гідність, совість, честь, відповідальність заради інтересів пацієнтів.

### Зміст лекції

#### 1. Медичний колектив, його значення в діяльності медичного працівника.

1. **Колектив** (від латинської “колектівус” – збірний) – вищий рівень розвитку і функціонування групи людей, які характеризуються спільними цілями.

В медичному колективі такими спільними цілями є діагностика і лікування хворих.

Успіх в лікуванні хворих багато в чому визначається взаємовідносинами медичних працівників між собою, тобто **соціально-психологічним кліматом в медичному колективі**.

**Позитивний соціально-психологічний клімат** в медичному колективі сприяє формуванню в кожного медичного працівника почуття задоволеності від участі у спільній діяльності, а звідси – бажання працювати, а, отже, підвищується ефективність праці і відповідно здійснюється благо приємний вплив на хворих.

І, навпаки, **негативний соціально-психологічний клімат** сприяє почуттю незадоволеності, знижується ефективність праці, і це негативно впливає на хворих.

#### **Професійний склад медичного колективу:**

- 1 – лікар;
- 2 - середній медичний персонал;
- 3 – молодший медичний персонал;
- 4 – адміністративно-господарський персонал.

#### **Головні гумові формування потрібних взаємовідносин в колективі:**

1. творча діловитість і цілеспрямованість;
2. взаємна повага, чесність;

### 3. довіра і принципова критика.

Медичний колектив на вищому рівні свого розвитку стає **колективом лікувальним**, який безпосередньо здійснює терапевтичний вплив на хворих (якщо в медичному колективі позитивний соціально-психологічний клімат).

### 2. **Колегами** називають людей, об'єднаних спільністю ділових (професійних) інтересів.

**Бути колегами** – значить притримуватись принципів взаємоповаги і взаємодопомоги, взаємно збагачувати один одного щирістю і красою тощо.

Якщо у медичного працівника виникають сумніви, невпевненість в правильності міроприємств по здійсненню хворому допомоги, він звернеться за порадою до своїх колег, в першу чергу до більш досвідчених і знаючих, і з їх допомогою виділить труднощі, які виникли.

В боротьбі з недоліками в роботі важливе місце займає **дружня, здорова критика** (але тільки тут умові відсутності хворих). Якщо медичний працівник вміє переборювати свої слабкості, **самокритичний**, то і справедлива критика в його адрес зі зовсім не як особиста образа, а як необхідна допомога. Дружня критика примушує ретельно проаналізувати причини дефектів в своїй роботі, намітити шляхи їх усунення, зробити певні висновки, підсилити самоконтроль.

Починаючий медичний працівник потребує допомоги старших і більше досвідчених колег по роботі.

Підвищення ділового рівня середнього медичного працівника має бути постійною турботою лікаря (наприклад після обходу лікар має розказати медичній сестрі про зміни в станах хворих, дати їй пояснення до призначень і т.п.).

Обов'язки кожного лікаря і медичної сестри ж взаємне збагачення накопиченим досвідом, висновками своїх спостережень і роздумів тощо.

### 3. **Основні причини сварок у медичному колективі:**

- **Строго не встановлені точні межі професійної діяльності і обов'язки** тоді виникають труднощі і напруженість у відносинах медичних працівників (такі сварки здійснюються в основному між медичними сестрами, які замінюють одна одну).

Профілактика: встановлювати точні обов'язки кожного і точні межі професійної діяльності.

- **Протиріччя в стилях роботи медичних працівників** (наприклад зіткнення акуратності і неохайності і т.п.).

Профілактика: стиль роботи медичних сестер має бути по можливості однаковим, оскільки в ідеалі колектив характеризується єдиним стилем роботи.

- Невиконання службових обов'язків (наприклад, відлучення в робочий час і т.п.).

Профілактика: бесіда з колективом старшої медичної сестри, завідуючою відділом, головного лікаря.

- **Неввічливість медичних працівників** (високомірність, невихованість і т.п.)

У структурі суспільства велике значення має трудовий колектив. Сучасний рівень розвитку медицини передбачає як одночасну, так і послідовну участь в лікувально-профілактичній роботі не лише медиків багатьох спеціальностей і професійних рівнів, а й різних медичних закладів. Сама медична праця має колективний характер.

Високоєфективна праця медичного колективу неможлива без дотримання одного з найважливіших положень деонтології — установа етично обґрунтованих і професійно доцільних взаємовідносин між лікарями та молодшими медичними працівниками.

Основою соціально-трудового осередку будь-якого медичного закладу головним чином є колектив відділення або кабінету. Колектив безпосередньо вирішує задачу медичного обслуговування пацієнтів. Виконання цієї важливої задачі залежить не лише від професійної підготовки, а й від морального виховання кожного співробітника, ступеня засвоєння та практичного дотримання етичних норм і правил у процесі професійних взаємовідносин між членами колективу. Згуртованість, дружнє порозуміння, нормальні стосунки між усіма членами колективу, дотримання відповідної субординації, повага до праці кожного співробітника, дух чесної та відкритої критики створюють відповідний психологічний клімат, сприятливо впливають на якість праці. Відсутність ділових взаємовідносин, нешанобливе відношення медичних працівників один до одного, розбрат, склоки, інтриги руйнують колектив, він розпадається на ворогуючі групи, подібний настрій нерідко передається пацієнтам. Часто внутрішньою причиною інтриг є кар'єризм або інша корислива спрямованість окремих працівників, які можуть дискредитувати членів колективу.

Взаємовідносини медичних працівників між собою є найважливішою складовою ланкою медичної деонтології. Кожний медичний колектив є неоднорідним і має свій, відмінний від інших, соціальний і професійний склад. У ньому зазвичай трудяться чоловіки та жінки різного віку — від 18 років до пенсійного віку. За професіями це лікарі, молодший медичний

персонал (медичні сестри, фельдшери, акушерки, лаборанти та ін.), санітарки, адміністративно-господарчий персонал. І безумовно, всі принципи й вимоги медичної деонтології, особливо ті, що стосуються взаємовідносин, є обов'язковими для всіх.

Взаємовідносини в колективі медичних працівників визначаються насамперед чітким знанням і добросовісним виконанням своїх посадових обов'язків кожним його членом. Це дає змогу зменшити вірогідність упущень в роботі, знизити можливість дублювання різними медичними працівниками одних і тих самих обов'язків. Кожна медична сестра (палатна, процедурна, перев'язувальна та ін.) повинна добре знати й виконувати вимоги посадової інструкції, які регулярно контролюються і, в разі погреби, коригуються старшою медичною сестрою.

Етичною нормою взаємовідносин медичних працівників між собою є толерантність і взаємоповага. Потрібно вміти терпимо відноситись до характерологічних особливостей своїх співробітників. Слід по-діловому реагувати на зауваження лікарів і старших колег і неухильно їх виконувати. Відсутність розумної терпимості до зауважень старших по роботі, надмірна зарозумілість і самолюбство, небажання прислухатись до корисної поради є показниками низької загальної культури медичного працівника, результатом його недостатнього морального виховання. Взаємоповага, привітність, готовність до взаємної заміни, коли цього вимагають інтереси справи, розвинені відчуття відповідальності, товарищескості та взаємовиручки допомагають медичному працівникові знайти своє місце в колективі.

Правильна організація праці й упорядкована виробнича дисципліна в медичному колективі займають важливе місце в формуванні ділових, здорових взаємовідносин між його членами. Внутрішній розпорядок відділення (кабінету) має бути спланований так, щоб весь робочий час медичної сестри належав пацієнтам, щоб вона була звільнена від невластивих їй посаді робіт, що не пов'язані з безпосереднім обслуговуванням пацієнтів. Там, де обсяг робіт кожного працівника чітко визначений, а можливість його виконання підкріплюється достатньою професійною підготовкою медичних сестер і наявністю необхідних матеріальних засобів (ліків, перев'язувального матеріалу, інструментів, сучасної діагностичної та лікувальної апаратури) колектив буде працювати як добре налагоджений механізм.

Пацієнти дуже тонко відчують стосунки між лікарем і медичною сестрою та швидко на них реагують. Доброзичливі взаємини медичних працівників зміцнюють віру пацієнтів у них, а їхня готовність своєчасно надати необхідну кваліфіковану допомогу підносять авторитет колективу.

Пацієнти нерідко діляться з медичними працівниками, що їх обслуговують, своїм горем. Досвідчений і мудрий медичний працівник завжди знайде тепле й підбадьорливе слово, а воно іноді не менш важливе, ніж призначене лікування. Між пацієнтом і медичним працівником у таких випадках виникає суто людське взаєморозуміння. Слід пам'ятати про те, що почуті факти інтимного характеру не можна розголошувати.

У деяких випадках грубість і нетактовність медичної сестри може бути викликана неправильною поведінкою лікаря, але й в такому випадку слід дотримуватись етики взаємостосунків.

Для середнього медичного працівника культура спілкування зі співробітниками в колективі – одне з необхідних умов високої ефективності праці, морального задоволення від нього.

Успіх лікування хворого, догляд за ним багато в чому визначається змістом і формою ділових взаємин середніх медичних працівників один з одним, лікарями, санітарками, керівниками установи.

Фельдшеру, акушерці, медичній сестрі, санітару легше працювати в дружному і споєному колективі зі здоровим психологічним кліматом, високою трудовою дисципліною, загальним прагненням виконувати службовий борг із максимальною віддачею сил, знань, досвіду. Соціологи і психологи установили пряму залежність між моральним кліматом у колективі і продуктивністю праці, плинністю кадрів.

У гарному колективі робота створюється завдяки прагненню кожного допомогти іншому, виявити увагу до товариша по роботі, розділити з ним усі приємні і радісні, лиха і негоди.

Навпаки, якщо колектив конфліктує через постійні непорозуміння у взаєминах між його членами інтриг, сварок, неповаги один до одного, знижується ефективність праці колективу в цілому, якість роботи окремих співробітників. У такому колективі неприємно працювати, з'являється бажання залишити роботу. Ненормальна обстановка в колективі іноді зв'язана з хворобливим самолюбством окремих його членів, з небажанням прислухатися до корисних рад і в той же час із грубими помилками в роботі, порушенням трудової дисципліни, що волає поведженням.

Таке поведження частіше порозумівається низькою культурою людини, його невихованістю, а часом є прикриттям лінії і небажання трудитися в повну силу, з повною віддачею своїх можливостей. На жаль, у деяких медичних колективах ще не зжиті випадки брутальності, хамства, безцеремонності. Таким шляхом деякі люди прагнуть до самоствердження. Звичайно, терпіти подібну «іржу», що роз'їдає нерідко гарний колектив, неприпустимо. Порушники порядку, порушники морально-психологічного клімату в колективі повинні одержувати одностайну відсіч, а якщо це не допомагає, їх необхідно ізолювати від колективу.

Є таке слово «колеги». Колегами називають товаришів по роботі чи

праці навчанню, людей, об'єднаних спільністю ділових інтересів. Колегіальність – це устремління людей вирішувати всі питання спільно на принципах взаємоповаги і взаємодопомоги. Бути колегами – це значить дотримувати принципу взаємодопомоги, а не взаємного всепрощення і покривання, взаємно збагачувати коло друга знаннями, умінням, досвідом, щиросердечною щирістю і красою, і в той же час не прощати друг другу егоїзму, користолюбства, байдужості, недбалості в роботі, професійного неучтва і всього іншого, що заважає людині нормально жити і працювати.

Молодому фельдшеру, що починає чи акушерці медичній сестрі, що робить перші кроки, особливо необхідна свідомість того, що є поруч людину, на який можна опертися у важку хвилину, одержати від нього допомогу, і раду. Спочатку своєї діяльності практично кожен медик відчуває недолік необхідних знань, умінь, навичок. Обов'язок більш досвідчених колег – допомогти своїм молодим товаришам за професією і роботою, підбадьорити їх, уселити впевненість, оптимізм, направити по правильному шляху.

Людині легко і просто працювати в колективі, якщо він уміє поважати інших, з довірою і доброзичливістю відноситися до колег. А. П. Чехов у своєму щоденнику писав: «Яку насолоду поважати людини». Поважати інших – це значить вважатися з їхньою думкою і переконаннями, інтересами і нестатками, тобто бути уважним і чуйної до навколишнього людям, ввічливим і делікатний скромним і справедливою. Цінність людської особистості визначається і тим, наскільки людина здатна поважати самого себе. В.Г.Белінський затверджував: якщо людина поважає власне достоїнство, він ніколи не піде на угоду з власною совістю. Така людина не поставить особисті інтереси вище інтересів колективу і суспільства, не стане егоїстом і підлабузником, ошуканцем і кар'єристом, не буде прагнути жити за рахунок інших, перекладати свої обов'язки на колег.

Поважне відношення медичних працівників один до одного виявляється насамперед у формі звертання. Не припустимою фамільярністю з боку лікаря виявляємо звертання до сестер, акушеркам, санітаркам по імені.

Нормою здорових взаємин медичних працівників один з одним є дбайливе відношення до авторитету – своєму і товаришів. Зовсім справедливий думка, що пацієнт і його родичі своє відношення медицині нерідко будують на основі спостережень за взаєминами між медичними працівниками.

Субординація в роботі лікаря і медичної сестри необхідна, але вона нічого загального не має з зарозумілим; відношенням одного вищого працівника до працівника рангом нижче. Разом з тим ще зустрічаються лікарі, частіше молоді, котрі поводяться з медичною сестрою некоректно, фамільярно. Робота в колективі, великому чи малому, сприяє розвитку в медичного працівника суспільної свідомості, учить його бути принциповим, непримиренним до недоліків у роботі, створює умови для колегіального (а виходить, і найбільш правильного) рішення складних питань профілактики, діагностики і лікування хворих. Саме в колективі кожен працівник може

учитися глибоко осмислювати суспільне значення своєї повсякденної діяльності, краще зрозуміти її роль у державному масштабі.

В інтересах хворого нерідко необхідно колективне обговорення його стану і додаток спільних зусиль цілої групи медичних працівників. Якщо в медичного працівника виникають сумніви, непевність у правильності заходів щодо надання хворим допомоги, варто відкинути чи самовпевненість помилкову соромливість і звернутися за порадою до колег, насамперед до більш досвідчених і знаючих, і з їхньою допомогою перебороти виниклі труднощі.

Поспішні і необдумані вчинки медичного працівника, ігнорування їм принципу колегіального підходу до рішення складних питань медичної практики можуть заподіяти хворим непоправну шкоду.

У боротьбі з недоліками в роботі не останнє місце займає товариська, здорова критика. Нетерпиме відношення до критики в середовищі медичних працівників свідчить про слабкість виховної роботи в колективі. Тільки низьким рівнем суспільної свідомості, невимогливістю до себе можна пояснити поведження деяких лікарів і середніх медичних працівників, що сприймають критику як особисту образу. Однак у присутності хворих критика на адресу будь-якого медичного працівника неприпустима. Якщо медичний працівник уміє переборювати свої слабості, самокритичний, то і справедливій критиці на його адресу з боку колег сприймається їм не як особиста образа, а як необхідна допомога. Товариська критика змушує ретельно проаналізувати причини дефектів у своїй роботі, відмітити шлях їхнього усунення, зробити визначені висновки, підсилити самоконтроль.

Критика – не єдина і не основна форма допомоги колег один одному. Починаючий працівник має потребу в співчутливому відношенні старших і більш досвідчених товаришів по роботі, у їхній допомозі.

Підвищення ділового рівня середнього медичного працівника повинне бути постійною турботою лікаря. Після обходу лікар повинний розповісти сестрі про зміни в стані хворих, дати їй пояснення до призначень, при необхідності звернути увагу медичної сестри на деякі об'єктивні і суб'єктивні зрушення в стані хворого, які варто врахувати при підготовці і під час проведення діагностичних і лікувальних процедур.

Підвищенню ділової кваліфікації сестри сприяє участь (хоча б періодичне) у лікарських обходах.

Медичні сестри з великим стажем роботи звичайно з почуттям подяки згадують лікарів, що не тільки вимогливі, але і чуйні до їхніх запитів і нестатків, допомагають підвищити професійний рівень, ділову кваліфікацію в широкому змісті слова.

Боргом кожного лікаря і медичної сестри є взаємне збагачення накопиченим досвідом, підсумками своїх спостережень і міркувань. Лікар може навчити фельдшера, чи акушерку медичну сестру, але нерідко і середній медичний працівник поділяється з лікарем своїм досвідом. Дійсно, молодий лікар може перейняти в досвідченого чи фельдшера сестри не тільки методику виконання якої-небудь діагностичної чи лікувальної

процедури, але і здатність умовити, переконати хворого прийняти ліки, погодитися на зондування і т.д.

Лікар одержує від медичної сестри необхідну інформацію про зміни в стані хворого, про його реакцію на лікування, тому що сестра постійно знаходиться в постелі хворого, безпосередньо здійснює відхід за ним, виконує терапевтичні процедури. Якщо лікар виявляє цікавість до цієї інформації, заохочує прагнення медичної сестри помічати навіть найменші зрушення в стані хворого, учить цьому сестру, підвищується ефективність лікування.

Медична сестра зобов'язана інформувати лікаря про відмовлення хворого від чи ліків процедури, про неможливість виконати яке-небудь призначення, про необхідність заміни одних ліків іншими і т.д.

Якщо лікар не знає про раптове погіршення стану хворого (наприклад, під час нічного чергування), про скарги хворого й інших важливих ознак динаміки захворювання, він може припуститися діагностичної помилки, недооцінити вагу стану хворого, призначити неправильне лікування. Отже, однією з найважливіших умов ефективного лікування є єдність дій лікуючого лікаря і палатної сестри. Це стосується лікарів і сестер, що працюють на лікарській ділянці, у санаторії і т. д. У дитячих, терапевтичних, хірургічних і інших відділеннях завжди є важко хворі, що потребують цілодобової уваги лікаря і медичної сестри. Стан хворих із захворюваннями серця, бронхіальною астмою й ін. може раптово погіршитися, іноді виникає загроза життю хворого. Якщо стан хворого погіршилося в нічний час, медична сестра зобов'язана негайно викликати до хворого чергового лікаря. На жаль, деякі лікарі під час чергування вночі лягають спати, а чергові сестри соромляться їх будити. Намагаючись у такій ситуації допомогти хворим самостійно, медична сестра може допустити велику, іноді фатальну помилку.

Медична сестра (навіть досвідчена) ні в якому разі не повинна самостійно вирішувати, які ввести ліки. Щоб полегшити стан хворого (наприклад, наркотичний засіб під час приступу болю). Зрозуміло, це правило не поширюється на випадки, коли медична сестра може і повинна до приходу лікаря по терміновому виклику надати невідкладну допомогу: зробити масаж серця при його зупинці, зробити штучну вентиляцію легень ручним способом, почати інгаляції кисню, відсмоктати слиз з верхніх дихальних шляхів і т.д.

Одним зі шляхів підвищення ділової кваліфікація є всебічний і глибокий аналіз професійних помилок, причому в одних випадках, якщо вони є серйозними і повчальними для інших, розбір варто проводити колективно, в інші – в індивідуальному порядку. Ясно одне: викорінювання помилок можливо тільки при активному їхньому виявленні.

Від професійних помилок варто відрізнити недбалість у роботі, байдужне, бездушне відношення до хворого, професійну некомпетентність, за які провинений несе адміністративну чи судову відповідальність. Свідоме порушення професійної дисципліни, грубі погіршності в роботі, що

виникають через несумлінний до неї відносини працівника, заслуговують самого суворого осуду товаришів.

Права й обов'язки медичної сестри чітко визначені офіційними інструкціями. Медсестра не повинна брати на себе функції лікаря: подавати відомості хворим і їхній близької про характер захворювання, його результати, трактувати результати лабораторних, інструментальних і інших досліджень. Вона може подавати інформацію тільки про загальний стан хворих.

Рівною мірою сказане відноситься і до діяльності акушерки. Зокрема, вона не має права робити аборт. Незаконне лікування, у тому числі і зроблений акушеркою аборт, у нашій країні розглядається як карний злочин і карається по всій строгості українським законом.

Однією з важливих умов гарного психологічного клімату в медичному колективі, ефективності його діяльності є згуртованість і взаєморозуміння всіх співробітників незалежно від займаної посади, Зіткненню колективу сприяють вечора відпочинку, спортивні змагання і т.д. Однак це нічого загального не має з розважальними заходами на території лікувальних установ, так ще з розпиванням алкогольних напоїв. Проведення в лікувальній установі, особливо в стаціонарі, урочистих зборів, концертів, інших святкових заходів, що супроводжуються голосною музикою, співом, гучними оплесками, недоречно а часом абсолютно неприпустимо, якщо поруч знаходяться важкохворі й умираючі.

### **Самостійна робота: Особливості спілкування медичних працівників між собою.**

#### **Література**

##### **Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т.

Шевченко

Ст. 8-29

##### **Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана.

Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 8-22

##### **Інформаційні ресурси:**

1. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

## **Лекція № 9**

### **Тема лекції: Психічні процеси в нормі та патології. Пізнавальна діяльність. Емоційно-вольові процеси**

#### **Загальні компетентності:**

- ЗК. 2. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.*
- ЗК. 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.*

#### **Спеціальні компетентності:**

- СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.*

#### **План лекції**

1. Пізнавальні процеси психіки особистості.
2. Відчуття, сприймання як початкові рівні пізнання
3. Мислення. Індивідуальні особливості мислення
4. Увага. Властивості уваги

#### **Зміст лекції**

##### **1. Пізнавальні процеси психіки особистості**

*Пізнавальний процес* – психічний процес, за допомогою якого людина пізнає світ.

*Пізнавальна діяльність* – це процес відображення в мозку людини предметів та явищ дійсності. Вона складається із серії пізнавальних психічних процесів: відчуття, сприймання, уваги, пам'яті, уяви, мислення

і мовлення. Відображення реальності в людській свідомості може відбуватися на рівні чуттєвого та абстрактного пізнання.

Чуттєве пізнання характеризується тим, що предмети і явища об'єктивного світу безпосередньо діють на органи чуття людини – її зір, слух, нюх, тактильні та інші аналізатори і відображаються у мозку. До цієї форми пізнання дійсності належать пізнавальні психічні процеси відчуття та сприймання.

Вищою формою пізнання людиною є абстрактне пізнання, що відбувається за участю процесів мислення та уяви. У розвиненому вигляді ці пізнавальні процеси властиві тільки людині, яка має свідомість і виявляє психічну активність у діяльності. Істотною особливістю мислення та уяви є опосередкований характер відображення ними дійсності, зумовлений використанням раніше здобутих знань, досвіду, міркуваннями, побудовою гіпотез тощо. Об'єктом пізнання у процесах мислення та уяви є внутрішні, безпосередньо не дані у відчуттях об'єкти, закономірності явищ та процесів.

Важливу роль у пізнавальній діяльності людини відіграє пам'ять, яка своєрідно відображає, фіксує й відтворює те, що відбивається у свідомості у процесі пізнання.

Важливою характеристикою пізнавальної діяльності є емоційні та вольові процеси, які спонукають особистість до активних дій, вольових актів.

Пізнання предметів та явищ об'єктивної дійсності, психічного життя людини здійснюється всіма пізнавальними процесами. Підґрунтям розумового пізнання світу, яким би складним воно не було, є чуттєве пізнання. Разом з тим сприймання, запам'ятовування, відтворення та інші процеси неможливі без розумової діяльності, переживань та вольових прагнень. Але кожний з цих процесів має певні закономірності й постає у психічній діяльності або як провідний, або як допоміжний.

**Основні поняття і ключові слова:** пізнавальна діяльність, пізнавальні процеси (відчуття, сприймання, мислення, пам'ять, увага, уява, мова і мовлення), емоційні процеси (емоції, почуття), вольові процеси (воля), чуттєве пізнання, абстрактне пізнання.

## **2. Відчуття, сприймання як початкові рівні пізнання**

Пізнання відбувається на чуттєвому та абстрактному рівнях.

При чуттєвому пізнанні предмети і явища об'єктивного світу безпосередньо діють на органи чуттів людини – її зір, слух, нюх, тактильні, смакові та інші аналізатори і відображаються в мозку. До цієї форми пізнання належать пізнавальні психічні процеси відчуття і сприймання. Відчуття і сприймання несуть інформацію про зовнішні ознаки та властивості об'єктів, утворюючи чуттєвий досвід людини.

Абстрактне пізнання як вища форма пізнання людиною дійсності відбувається за участю процесів мислення та уяви. У розвиненому вигляді ці процеси властиві тільки людині, яка має свідомість.

**Відчуття** – пізнавальний психічний процес відображення в мозку людини окремих властивостей предметів і явищ при їхній безпосередній дії на її органи чуттів. Існують також інтерорецептивні відчуття, які є такими, що йдуть від внутрішніх органів.

Це найпростіша пізнавальна діяльність, через яку і тварина, і людина отримують елементарні відомості про зовнішнє середовище і стани свого організму. Це відчуття світла, кольору, запаху, смаку, дотику, шуму, вібрації, рівності або шорсткості, вологи, тепла чи холоду, болю, розташування тіла в просторі тощо. Це елементарний чуттєвий (сенсорний) образ. Але це й ґрунт, на якому будується образ світу, чуттєва тканина свідомості індивіда. Втрата здатності відчувати – це втрата каналів зв'язку людини зі світом, про що переконливо свідчать випадки сліпоглухонімоти, та експерименти, в яких людина ізолюється від зовнішніх стимулів середовища.

Отже, відчуття – основа пізнавальної діяльності, умова психічного розвитку, джерело побудови адекватного образу світу. Відчуття – це первинна форма орієнтування живого організму в довкіллі, це перший рівень (ступінь) пізнання людиною світу. За допомогою аналізаторів вона відбирає, накопичує інформацію про суб'єктивну та об'єктивну реальності.

Органи чуттів або аналізатори – це єдині канали, по яких зовнішній світ проникає в свідомість людини.

*Аналізатори* – це нервовий апарат, який здійснює функцію аналізу і синтезу подразників, що зумовлені впливом внутрішнього та зовнішнього середовищ на людину.

Зоровий аналізатор виокремлює світлову енергію і коливання електромагнітних хвиль; слуховий – звуки, тобто коливання повітря; смаковий, нюховий – хімічні властивості речовин; шкірні аналізатори – теплові, механічні властивості предметів і явищ, що спричиняють ті чи інші відчуття і перетворюють їх у нервові процеси, суб'єктивні образи, власне – у відчуття.

У кожному аналізаторі є його периферійна частина, або рецептор, тобто складова органу чуття, призначення якої – виокремити з навколишньої дійсності світло, звук, запах та інші властивості. Інша його частина – це шлях від рецептора до центральної частини аналізатора, розміщеної в мозку. В центральній частині аналізатора розрізняють його ядро, тобто скупчення чутливих клітин, і розсіяні поза ним клітини. Ядро аналізатора здійснює тонкий аналіз і синтез збуджень, що надходять від рецептора. За його допомогою подразники диференціюються за їх особливостями, якістю та інтенсивністю. Розсіяні клітини здійснюють більш грубий аналіз, наприклад, відрізняють лише музичні звуки від шумів, виконують нечітке розрізнення кольорів, запахів.

*Класифікація відчуттів:* зорові, слухові, дотикові, больові, температурні, смакові, нюхові, голоду і спраги, кінетичні і статичні.

Тактильна, температурна і больова чутливості – функція органів, розташованих у шкірі.

Статичні, або гравітаційні, відчуття відображають розташування нашого тіла в просторі – лежання, стояння, сидіння, рівновагу, падіння. Рецептори цих відчуттів містяться у вестибулярному апараті внутрішнього вуха.

Кінетичні відчуття відображають рухи та стани окремих частин тіла – рук, ніг, голови, корпусу. Рецепторами є спеціальні органи, розташовані у м'язах і сухожиллях. Кінетичні відчуття, даючи знання про силу, швидкість, міру рухів, сприяють координації дій.

Але людина, пізнаючи довкілля, одержує не лише інформацію про певні властивості і якості об'єктів через відчуття, а й відомості про самі ці об'єкти та явища як цілісні утворення.

Цілісне відображення людиною об'єктів та явищ є іншим рівнем єдиного процесу чуттєвого пізнання – *сприймання*.

**Сприймання** – це психічний процес відображення людиною предметів і явищ у цілому, в сукупності всіх якостей і властивостей при безпосередньому їхньому впливі на органи чуттів.

Процес сприймання відбувається у взаємозв'язку з іншими психічними процесами особистості: мисленням (ми усвідомлюємо об'єкт сприймання), мовою (називаємо його словом), почуттями (виявляємо своє ставлення до нього), волею (свідомим зусиллям організуємо перцептивну діяльність).

*Сприймання розрізняють за:* сенсорними особливостями (зорові, слухові, нюхові, дотикові, смакові, кінетичні, больові); ставленням до психічного життя (інтелектуальні, емоційні, естетичні); складністю сприймання (сприймання простору, руху, часу).

Сприймання за змістом – це сприймання предметів і явищ у просторі, русі, часі.

*Головні властивості сприймання* – предметність, цілісність, структурність, константність.

**Основні поняття і ключові слова:** відчуття, сприймання, чуттєве пізнання, абстрактне пізнання, аналізатори, рівні пізнання, класифікація відчуттів, головні властивості сприймання.

### **3. Мислення. Індивідуальні особливості мислення**

На основі відчуття та сприймання людина одержує різноманітну інформацію про зовнішні властивості та ознаки предметів, які фіксуються у її свідомості у формі звукових, просторових, часових, смакових, дотикових та інших проявів.

Проте такої інформації людині для пізнання не достатньо.

Вичерпні знання про внутрішні, невідчутні властивості та ознаки предметів дійсності, безпосередньо не відображеної у відчуттях і сприйманні сутності, людина одержує за допомогою *мислення* – *вищої, абстрактної форми пізнання об'єктивної реальності*.

Порівняно з відчуттями і сприйманням це значно повніший образ світу, який визначає ступінь проникнення індивіда в сутність явищ дійсності, з'ясування їх неявних властивостей. У своїх розвинених формах це раціональна пізнавальна діяльність, шляхом якої людина здобуває нові, абстраговані від чуттєвих даних, знання; будує узагальнений образ світу; створює власну філософію; зрештою, здійснює акти творчості.

**Значення мислення** в житті людини полягає в тому, що воно дає можливість наукового пізнання світу, передбачення і прогнозування розвитку подій, практичного опанування закономірностями дійсності, постановки їх на службу своїм потребам і інтересам.

**Функції мислення** – розкриття внутрішньої, безпосередньо не даної у відчуттях та сприйманнях, сутності об'єктів та явищ дійсності.

Перехід від фактів існування предметів, які нам даються в результаті відчуттів та сприймань, до розкриття їхньої суті, узагальнювальних висновків відбувається за допомогою ряду *розумових дій*.

**Розумові дії** – це дії з предметами, відображеними в образах, уявленнях і поняттях про них.

В розумових діях ми можемо виокремити їх головні складові елементи або процеси – **розумові операції**, які є також **механізмами мислення**. Такими є *порівняння, аналіз, синтез, абстрагування, узагальнення, класифікація, систематизація*.

**Порівняння** – за його допомогою пізнаються схожі та відмінні ознаки і властивості об'єктів.

**Аналіз** – являє собою мислене розчленування предметів свідомості, виокремлення в них їх частин, сторін, аспектів, елементів, ознак і властивостей. Аналіз потрібний для розуміння сутності предмета, але сам його не забезпечує. Розуміння потребує не лише аналізу, але й синтезу.

**Синтез** – це об'єднання окремих частин, сторін, аспектів, елементів, ознак і властивостей об'єктів у єдине, якісно нове ціле.

Аналіз і синтез – це головні мислительні операції, які в єдності забезпечують повне та глибоке пізнання дійсності.

Розумовий аналіз переходить в *абстрагування* – тобто уявне відокремлення одних ознак і властивостей предметів від інших їхніх рис і від самих предметів, яким вони властиві. Слово “абстрагувати” походить від латинського “abstragete” – відволікати, відтягати. Наприклад: виокремлення такої властивості як “рух”, “дерев'яний” тощо.

Абстрагування готує ґрунт для глибокого *узагальнення*. Операція узагальнення виявляється в мисленому об'єднанні предметів, явищ у групи з істотними ознаками, виокремленими в процесі абстрагування. Узагальнення – це продовження і поглиблення синтезувальної діяльності мозку за допомогою слова.

Узагальнення виокремлених рис предметів та явищ дає можливість групувати об'єкти за видовими, родовими й іншими ознаками. Така операція називається *класифікацією*. Класифікація здійснюється з метою

розмежування та наступного об'єднання предметів на основі їх спільних істотних ознак. Вона сприяє впорядкуванню знань і глибшому розумінню їх смислової структури.

Упорядкування знань на підставі гранично широких спільних ознак груп об'єктів називається *систематизацією*. Систематизація забезпечує розмежування та подальше об'єднання не окремих предметів, як це має місце в класифікації, а їх груп і класів.

Загальним механізмом операційної діяльності мислення є аналітично-синтетична робота великих півкуль головного мозку.

*Результати процесу мислення (думки) існують у формі суджень, міркувань, умовиводів і понять (форми мислення).*

*Судження* – форма мислене відображення об'єктивної дійсності, яка полягає в тому, що ми стверджуємо наявність або відсутність ознак, властивостей чи відносин у певних об'єктах. Наприклад: “Ця квітка червона”, “Сума кутів трикутника дорівнює 180 градусам” тощо. Судження існує, виявляється і формується в реченні, проте судження і речення – речі не тотожні.

*Судження* – це акт мислення, що відображає зв'язки, відносини речей у формі речення.

Істинність наших знань або суджень ми можемо з'ясувати шляхом розкриття підстав, на яких вони ґрунтуються, зіставляючи їх з іншими судженнями, тобто, розмірковуючи.

*Міркування* – це низка пов'язаних суджень, спрямованих на те, щоб з'ясувати істинність якої-небудь думки, довести її або заперечити. Прикладом є доведення теореми. У міркуванні ми з одних суджень виводимо нові шляхом умовиводів.

*Умовивід* – форма мислення, в якій ми з одного або кількох суджень виводимо нове.

В умовиводах через уже наявні у нас знання ми здобуємо нові. Умовиводи бувають *індуктивні, дедуктивні та за аналогією*.

*Індуктивний умовивід* – судження, в якому на основі конкретного, часткового робиться узагальнення.

*Дедуктивний умовивід* – судження, в якому на основі загального здобуваються знання про часткове, конкретне.

*Умовивід за аналогією* – ґрунтується на схожості окремих істотних ознак об'єктів, і на основі цього робиться висновок про можливу схожість цих об'єктів за іншими ознаками.

Дані, отримані в процесі мислення, фіксуються в поняттях.

*Поняття* – це форма мислення, за допомогою якої пізнається сутність предметів і явищ дійсності в їх істотних зв'язках і відносинах, узагальнюються їхні істотні ознаки.

### ***Види мислення***

Предметом мислення людини є пізнавальні завдання, які мають різне змістовне підґрунтя і зумовлюють різне співвідношення предметно-дійових, перцептивно-образних та поняттєвих компонентів у їх

розв'язанні. Залежно від цього розрізняють три головних види мислення: **наочно-дійове, наочно-образне і абстрактне.**

*Наочно-дійове* – характеризується тим, що в ньому розв'язання завдання безпосередньо включається в саму діяльність.

*Наочно-образне* – характеризується тим, що завдання за своїм змістом є образним матеріалом, застосовуючи який людина аналізує, порівнює чи узагальнює істотні аспекти в предметах та явищах.

*Абстрактне або словесно-логічне мислення* – відбувається в словесній формі за допомогою понять, які не мають безпосереднього чуттєвого підґрунтя, властивого сприйманню та уявленню.

### ***Індивідуальні особливості мислення***

Найістотнішими якостями, які виявляють індивідуальні відмінності мислення, є його **особливості**: *самостійність, критичність, гнучкість, глибина, широта, послідовність, швидкість.*

*Самостійність мислення* – характеризується вмінням людини ставити нові завдання й розв'язувати їх без допомоги інших людей. Самостійність мислення ґрунтується на врахуванні знань і досвіду інших людей. Людина, якій властива ця якість, творчо підходить до пізнання дійсності, знаходить нові, власні шляхи і способи розв'язання пізнавальних та інших проблем.

Самостійність мислення тісно пов'язана з критичністю мислення.

*Критичність мислення* – виявляється в здатності людини не підпадати під вплив чужих думок, об'єктивно оцінювати позитивні та негативні аспекти явища або факту, виявляти цінне та помилкове в них. Людина з критичним розумом вимогливо оцінює свої думки, ретельно перевіряє рішення, зважує всі аргументи “за” і “проти”, виявляючи тим самим критичне ставлення до своїх дій.

Критичність і самостійність мислення великою мірою залежать від життєвого досвіду людини, багатства та глибини її знань.

*Гнучкість мислення* – виявляється в умінні людини швидко змінювати свої дії при зміні життєвої ситуації, звільняючись від закріплених у попередньому досвіді способів і прийомів розв'язання аналогічних завдань. Гнучкість мислення виявляється в готовності швидко переключатися з одного способу розв'язання завдань на інший, змінювати тактику і стратегію їх розв'язування, знаходити нові нестандартні способи дій за умов, що змінились, у здатності долати існуючі стереотипи.

*Глибина мислення* – виявляється в умінні проникати в сутність складних питань, розкривати причини явищ, приховані за нашаруванням неістотних проявів, бачити проблему там, де її не помічають інші, передбачати можливі наслідки подій і процесів.

*Широта мислення* – виявляється в здатності охопити широке коло питань, у творчому мисленні в різних галузях знання та практики. Широта мислення є показником ерудованості особистості, її інтелектуальної різнобічності.

*Послідовність мислення* – виявляється в умінні дотримуватись логічної наступності при висловлюванні суджень, їх обґрунтуванні.

*Швидкість мислення* – здатність швидко розібратися в складній ситуації, швидко обдумати правильне рішення і прийняти його.

### ***Поняття інтелекту***

При аналізі мислення та його зв'язку з особистістю використовують поняття *інтелект*.

***Інтелект*** (від лат. *intellectus* – розуміння, розум) – сукупність загальних розумових здібностей, які забезпечують успіх у розв'язанні різноманітних задач.

Існують різні тлумачення поняття інтелекту, зокрема його ототожнюють із мисленнєвими операціями, зі стилем і стратегіями розв'язання проблемних ситуацій, зі здатністю до навчання, пізнання, переробки інформації, зі здатністю адаптуватися до обставин.

Факторами розвитку інтелекту є спадковість та вплив навколишнього середовища.

Оцінювання розвитку інтелекту людини є непростю проблемою для психології. Адже важко оцінити за однією шкалою здатність до зовсім різних розумових операцій (виконання математичних дій і міркування, просторову орієнтацію і уміння легко висловлювати свої думки тощо).

Великого поширення набуло визначення інтелекту на основі “коефіцієнта інтелектуальності” (IQ).

***Основні поняття і ключові слова:*** мислення, значення мислення, функції мислення, розумові дії, розумові операції (механізми мислення), форми мислення, види умовиводів, поняття, види мислення, індивідуальні особливості мислення, інтелект.

### **Пам'ять. Види пам'яті**

***Пам'ять*** – процеси запам'ятовування, зберігання, відтворення і забування індивідом свого досвіду. Це характеристика пізнавальної функції психіки, складова пізнавальної діяльності індивіда.

#### ***Види пам'яті***

В залежності від того, що запам'ятовується і відтворюється, розрізняють ***за змістом*** чотири види пам'яті: *образну, словесно-логічну, рухову та емоційну*.

***Образна*** – виявляється в запам'ятовуванні образів, уявлень конкретних предметів, явищ, їх властивостей, наочно даних зв'язків і відносин між ними.

Залежно від того, якими аналізаторами сприймаються об'єкти при їх запам'ятовуванні, образна пам'ять буває *зоровою, слуховою, тактильною, нюховою тощо*.

***Словесно-логічна*** – це думки, поняття, судження, умовиводи, які відображають предмети і явища в їх істотних зв'язках і відносинах, у загальних властивостях.

Думки не існують без мови, тому така пам'ять і називається словесно-логічною.

Словесно-логічна пам'ять – специфічно людська пам'ять, на відміну від образної, рухової та емоційної, яка є і у тварин.

*Рухова* – виявляється в запам'ятовуванні та відтворенні людиною своїх рухів.

*Емоційна* – виявляється в запам'ятовуванні людиною своїх емоцій та почуттів. Запам'ятовуються не стільки самі емоції, скільки предмети та явища, що їх викликають.

За **тривалістю** розрізняють такі види пам'яті: *короткочасна, довгочасна, оперативна*.

*Короткочасна* – характеризується швидким запам'ятовуванням матеріалу, його відтворенням і нетривалим зберіганням.

*Довготривала* – виявляється в процесі набування й закріплення знань, умінь і навичок, розрахованих на тривале зберігання та наступне використання в діяльності людини.

*Оперативна* – забезпечує запам'ятовування і відтворення оперативної інформації, потрібної для використання в поточній діяльності.

За **способом запам'ятовування** пам'ять буває: *мимовільна та довільна*.

*Мимовільна* – пам'ять, коли ми щось запам'ятовуємо та відтворюємо, не ставлячи перед собою спеціальної мети щось запам'ятати або відтворити.

*Довільна* – пам'ять, коли ставимо собі за мету щось запам'ятати або пригадати.

**Умовами успішного запам'ятовування є:**

- багаторазове, розумно організоване й систематичне повторення, а не механічне, що визначається лише кількістю повторень;
- розбиття матеріалу на частини,
- виокремлення в ньому смислових одиниць;
- розуміння тощо.

Залежно від міри розуміння запам'ятовуваного матеріалу довільне запам'ятовування буває *механічним і смисловим (логічним)*.

*Механічне* – здійснюється без розуміння суті матеріалу. Воно призводить до формального засвоєння знань.

*Смислове (логічне)* – спирається на розуміння суті матеріалу.

*Умовами успіху довільного запам'ятовування є* дієвий характер засвоєння знань, інтерес до матеріалу, його важливість, установка на запам'ятовування тощо.

**Види відтворення**

*Відтворення* – один з головних процесів пам'яті. Воно є показником міцності запам'ятовування і водночас наслідком цього процесу.

Види відтворення:

- впізнавання;
- згадування;
- пригадування.

*Впізнавання* – найпростіша форма відтворення, що виникає при повторному сприйманні предметів. Впізнавання буває *повним* і *неповним*.

При *повному* впізнаванні повторно сприйнятий предмет відразу ототожнюється з раніше відомим, повністю відновлюються час, місце та інші деталі ознайомлення з ним.

*Неповне* впізнавання характеризується невизначеністю, труднощами співвіднесення об'єкта, що сприймається, з тим, що вже мав місце в попередньому досвіді.

*Згадування* – особливість цієї форми відтворення полягає в тому, що воно відбувається без повторного сприймання того, що відтворюється.

Згадування буває *довільним* і *мимовільним*.

*Довільне* – зумовлюється актуальною потребою відтворити потрібну інформацію (наприклад, пригадати правило, відповісти на запитання тощо).

*Мимовільне* – коли образи або відомості спливають у свідомості без будь-яких усвідомлених мотивів.

*Пригадування* – потреба виникає тоді, коли в потрібний момент не вдається згадати те, що необхідно. У цій ситуації людина докладє певних зусиль, щоб подолати об'єктивні та суб'єктивні труднощі, пов'язані з неможливістю згадати, напружує волю, вдається до пошуку шляхів активізації попередніх вражень, до різних мнемонічних дій.

Одним із варіантів довільного відтворення є спогади.

*Спогади* – це локалізовані в часі та просторі відтворення образів нашого минулого.

### ***Забування та його причини***

*Забування* – процес, обернений запам'ятовуванню, виявляється в тому, що втрачається чіткість запам'ятованого, зменшується його обсяг, виникають помилки у відтворенні, воно стає неможливим і, нарешті, унеможлиблюється впізнавання.

*Причини забування:*

- Забування – функція часу. Якщо набуті знання протягом тривалого часу не використовуються і не повторюються, то вони поступово забуваються.
- Недостатня міцність запам'ятовування.

### ***Індивідуальні особливості пам'яті***

Індивідуальні особливості пам'яті: *швидкість, точність, міцність запам'ятовування та готовність до відтворення.*

*Швидкість* – визначається кількістю повторень, потрібних людині для запам'ятовування нового матеріалу.

*Точність* – характеризується відповідністю відтвореного тому, що запам'ятовувалося, та кількістю допущених помилок.

*Міцність* – виявляється в тривалості зберігання завченого матеріалу (або повільності його забування).

*Готовність до відтворення* – виявляється в тому, як швидко та легко в потрібний момент людина може пригадати потрібні їй відомості.

**Основні поняття і ключові слова:** пам'ять, види пам'яті, умови успішного запам'ятовування, види відтворення, забування та його причини, індивідуальні особливості пам'яті.

#### **4. Увага. Властивості уваги**

**Увага** – це особлива форма психічної діяльності, яка виявляється у спрямованості і зосередженості свідомості на вагомих для особистості предметах, явищах навколишньої дійсності або власних переживаннях.

*Функція уваги* – зосередження свідомості на предметі діяльності.

Важливою закономірністю уваги є її *вибірковість*, яка виявляється в тому, що людина, зосереджуючись на одному, не помічає іншого. Це пояснюється більш вираженою гальмівною дією вагомих для особистості предметів і переживань щодо менш значущих, які в цей час на неї діють.

Увагу зумовлюють не лише зовнішні подразники, а й здатність людини довільно спрямовувати її на ті чи інші об'єкти. Цю здатність називають *уважністю*.

Недостатній розвиток уважності виявляється в розосередженості та відволіканні, нездатності без зовнішніх спонук спрямовувати й підтримувати свою увагу.

#### **Види уваги**

*За регуляцією* розрізняють *мимовільну, довільну та післядовільну уваги*.

*Мимовільна увага* – виникає спонтанно, без зусиль свідомості, під впливом найрізноманітніших подразників, які впливають на той чи інший аналізатор організму.

*Довільна увага* – це свідомо спрямоване зосередження особистості на предметах і явищах навколишньої дійсності, на внутрішній психічній діяльності. Довільна увага своїм головним компонентом має волю.

Головним збуджувачем довільної уваги є усвідомлювані потреби та обов'язки, інтереси людини, мета та засоби діяльності.

*Післядовільна увага* – виникає в результаті свідомого зосередження на предметах та явищах у процесі довільної уваги; долаючи труднощі під час довільного зосередження, людина звикає до них, сама діяльність зумовлює появу певного інтересу, а часом і захоплює її виконавця, і увага набуває рис мимовільного зосередження.

*За спрямованістю* увага буває *зовнішня і внутрішня*.

*Зовнішня увага (сенсорна, рухова)* – відіграє провідну роль у спостереженні предметів і явищ навколишньої дійсності та їх відображенні нашою свідомістю.

*Внутрішня увага (інтелектуальна увага)* – спрямовується на аналіз діяльності психічних процесів (сприймання, пам'яті, уваги, мислення), психічних органів і переживань.

**Властивості уваги:** *зосередженість або концентрація уваги, стійкість, переключення, обсяг.*

*Зосередження уваги* – це головна її особливість. Вона виявляється в мірі інтенсивності зосередженості на предметі розумової або фізичної діяльності.

*Стійкість уваги* – характеризується тривалістю зосередження на об'єктах діяльності. Стійкість, як і зосередженість, залежить від сили або інтенсивності збудження, що забезпечується і силою впливу об'єктів діяльності, й ндивідуальними можливостями особистості, важливістю для неї діяльності, зацікавленням нею.

*Переключення уваги* – навмисне перенесення уваги з одного предмета на інший, якщо цього вимагає діяльність.

*Обсяг уваги* – це така кількість об'єктів, які можуть бути охоплені увагою і сприйняті в найкоротший час. За цією ознакою увага може бути вузькою та широкою. Існує певна закономірність, згідно з якою людина може тримати в полі своєї уваги 5 – 9 об'єктів.

**Основні поняття і ключові слова:** увага, функції уваги, види уваги, властивості уваги.

### ***Уява. Значення уяви у формуванні творчої особистості***

Пізнаючи, людина не лише сприймає те, що на неї впливає певної миті, а й уявляє те, що на неї не впливало раніше. Життя вимагає від людини створення образів і таких предметів, яких вона ще не сприймала, уявлення подій, свідком яких вона не була, передбачення наслідків своїх дій та вчинків, програмування наслідків своєї діяльності тощо.

*Уява* – це процес створення людиною на основі досвіду образів предметів, яких вона ніколи не сприймала, своєрідна форма відображення людиною дійсності, в якій виявляється активний випереджальний характер пізнання нею світу.

*Функція уяви* – створення образів нових об'єктів, випереджальне відображення реальності.

#### ***Види уяви***

Залежно від **участі волі в роботі уяви** її поділяють на *мимовільну* та *довільну*.

*Мимовільна уява* – створення нових образів не спрямовується спеціальною метою уявити певні предмети або події.

*Довільна уява* – процес уяви спрямовується спеціальною метою на створення образу певного об'єкта, можливих ситуацій, на те, щоб уявити або передбачити сценарій розвитку подій.

Залежно від **характеру діяльності** людини уяву поділяють на *творчу* та *репродуктивну або відтворювальну*.

*Творча уява* – супроводжує творчу діяльність і допомагає людині створювати нові оригінальні образи.

*Репродуктивна уява* – супроводжує процес засвоєння вже створеного та описаного іншими людьми і створення образів нових речей на підставі їх усного опису та графічного зображення.

Залежно від **змісту діяльності** уява поділяється на *технічну, наукову, художню*.

*Технічна уява* – створення образів просторових співвідношень у вигляді геометричних фігур і побудов, їх легке дисоціювання та об'єднання в нові поєднання, уявне перенесення їх в різні ситуації. Образи технічної уяви частіше об'єднуються у кресленнях, схемах, на підставі яких потім створюються нові машини, предмети.

*Наукова уява* – наводить свій вияв під час створення гіпотез, проведення експериментів, узагальнень для створення понять.

Вона має велике значення для плідної творчої діяльності вченого. Без уяви його праця може перетворитися на накопичення наукових фактів, акумулювання своїх і чужих думок, а не на реальний поступ до нових винаходів, ідей, створення принципово нового в науці.

*Художня уява* – має переважно чуттєві (зорові, слухові, дотикові та ін.) образи – надзвичайно яскраві та детальні.

Особливою формою уяви є *мрія*.

**Мрія** – це процес створення людиною образів бажаного майбутнього.

Мрія – необхідна умова втілення творчих задумів, коли образи уяви не можуть бути реалізовані негайно з об'єктивних або суб'єктивних причин. За таких обставин мрія стає реальною спонукою, мотивом діяльності, завдяки чому стає можливим завершення розпочатої справи.

Мрія є елементом наукового передбачення, прогнозу та планування діяльності. Ця функція переконливо виявляється в художній, творчій діяльності, державотворенні, розвитку суспільства.

Мрії можуть бути реальними, дієвими та нереальними, безплідними. Дієвість мрії – потрібна умова втілення задумів людини, спрямованих на реальне перетворення дійсності. Такі мрії в певному розумінні є рушійною силою дій та вчинків людини, надають їй більшої цілеспрямованості в житті, допомагають боротися з труднощами, протистояти несприятливим впливам.

Мрії можуть бути пустопорожніми, безплідними, “маніловськими”. Тоді вони дезорієнтують людину, позбавляють її бачення реальних життєвих перспектив, штовхають на шлях примарного задоволення своїх мрійницьких уподобань, роблять нездатною протистояти негараздам реального буття. Позитивний вплив на життя людини чинить лише активна, творча мрія, яка збагачує життя людини, робить його яскравішим і цікавішим.

## **Література**

### **Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко  
Ст. 26-47

**Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана.  
Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.  
Ст. 5-24

**Інформаційні ресурси:**

1. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

**Лекція № 10**

**Тема лекції: Психологічні основи спілкування**

**Загальні компетентності:**

*ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.*

**Спеціальні компетентності:**

*СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.*

**Результати навчання:**

**План лекції**

1. Спілкування. Завдання спілкування.
2. Основні характеристики спілкування.
3. Ділове спілкування.
4. Психологічні основи спілкування з пацієнтами.

**Зміст лекції**

**1.Спілкування. Завдання спілкування.**

**Спілкування** – вид спільної діяльності людей, який полягає у взаємній передачі повідомлення один одному, контактах, взаємодії з метою розв'язання певного завдання. Спілкування найчастіше включається в інші види діяльності – у трудову, навчальну, ігрову, спортивну. Виступає важливим фактором організації громадського життя.

Спілкування, це складний і багатогранний процес. Він може виступати в один і той же час як процес взаємодії людей, інформаційний процес, відношення людей один до одного, процес їх взаємного впливу один на одного, процес їх взаємного переживання та взаємного розуміння.

Функціональна структура спілкування включає такі основні елементи: завдання спілкування, його зміст засоби і соціально-психологічні наслідки.

**Завдання спілкування**, які виходять з потреб особистості, соціальної групи і функцій соціальних ролей, що здійснюються індивідами, зумовлюють діловий психологічний зміст переданої інформації. Передача інформації здійснюється за допомогою різних засобів спілкування, які залежно від основи класифікації, розпадаються на повідомлення, пропозицію, прохання, вимогу, на форми вербального і невербального, усного та письмового, безпосереднього й опосередкованого спілкування. Залежно від форм організації, можна говорити також про формалізоване та неформалізоване, стихійне й організоване, парне, групове, або масове спілкування, а залежно від використання *засобів* спілкування: переконання, навіювання та зараження.

**Психологічні механізми спілкування** – це засоби інтелектуального та емоційно-вольового впливу. **Внутрішньо-психологічні наслідки** спілкування виражаються в думках, почуттях, бажаннях, прагненнях, інтересах, знаннях, уміннях, переконаннях учасників.

**Зовнішні наслідки** – у діях, вчинках, поведінці. Ці ж наслідки в соціальному плані виступають як вияв співчуття, згоди, солідарності, довір'я, симпатії, дружби, допомоги і їх протилежностей – байдужості, незгоди, ворожості, антипатії, протидії.

**Результативність** спілкування залежить від усіх його структурних елементів, його гармонійності і відповідності реальним умовам.

## **2. Основні характеристики спілкування**

**Спілкування характеризується:** змістом, функцією, манерою і стилем. **Зміст спілкування** може бути різний:

- ✓ передача (від людини до людини) інформації;
- ✓ сприйняття один одного;
- ✓ взаємооцінка партнерами один одного;
- ✓ взаємовплив партнерів;
- ✓ взаємодія партнерів;
- ✓ управління груповою або масовою діяльністю та ін.

**Функції спілкування** виділяються відповідно до змісту спілкування. Розрізняють чотири основні функції спілкування:

✓ *інструментальна* (спілкування у світлі цієї функції виступає як соціальний механізм управління і передачі інформації, необхідної для здійснення певної дії);

✓ *синдикативна* (спілкування виявляється засобом об'єднання людей);

✓ *самовираження* (спілкування виступає як форма взаєморозуміння, психологічного контексту);

✓ *трансляційна* (передавання конкретних способів діяльності, оцінок тощо).

Звичайно, цими чотирма функціями зміст спілкування не вичерпується. Серед інших функцій спілкування можна відмітити:

✓ експресивну (взаєморозуміння переживань, і емоційних станів);

✓ соціального контролю (регламентація поведінки і діяльності);

✓ соціалізації (формування навиків взаємодії в суспільстві відповідно з прийнятими нормами і правилами та ін.

Є дві сторони спілкування:

✓ *зовнішня* сторона – відображається в поведінці людей, що спілкуються, в їх комунікативних діях.

✓ *внутрішня* сторона – відображає суб'єктивне сприйняття ситуації взаємодії, реакції на реальний або очікуваний контакт, мотиви і мету, з якими людина вступає в спілкування.

**Манера спілкування** визначається:

✓ *тоном* (спокійним, власним, улесливим, схвильованим та ін.);

✓ *поведінкою* (стриманістю, занепокоєністю, безтурботністю, невпевненістю, скованістю та ін.);

✓ *дистанцією* (інтимною, особистою, соціальною, публічною та ін.).

Дистанція в спілкуванні визначає характер відношень партнерів. Інтимна і особиста дистанція свідчить про те, що спілкування відбувається між близькими людьми або друзями. Соціальна дистанція вказує на офіційний, а публічна на інтелектуально-демонстративний характер спілкування.

Манер спілкування багато. Спілкування може бути поважливим або зневажливим, відбуватися в жартівливій або серйозній, озлобленій або доброзичливій манерах.

**Стиль спілкування** – це індивідуально-типологічні особливості

взаємодії між людьми.

Найбільш поширеними є такі стилі спілкування:

- ✓ творчо-продуктивний;
- ✓ дружний;
- ✓ дистанційний;
- ✓ угамовуючий;
- ✓ загравальний;
- ✓ вимогливий;
- ✓ діловий;
- ✓ позиційний.

Стиль спілкування впливає на емоційну атмосферу взаємодії і вибір засобів.

*Засоби спілкування* поділяються на п'ять основних груп:

- ✓ лінгвістичні (мовні);
- ✓ оптико-кінетичні (жести, міміка, пантоміміка);
- ✓ паралінгвістичні (якість голосу, його діапазон, тональність);
- ✓ екстралінгвістичні (паузи, сміх, плач, темп мови);
- ✓ просторово-часові (дистанція, час, місце, ситуація спілкування).

### **3. Ділове спілкування**

У ділових стосунках немає дрібниць. Уміння продуктивно спілкуватися – важлива професійна якість, необхідний елемент культури бізнесменів, підприємців, ділових людей.

На жаль, через незнання особливостей ділового спілкування, норм поведінки, виникають численні непорозуміння, іноді й конфліктні ситуації.

У діловій бесіді слід бути об'єктивним, щирим і невимушеним, намагатись мислити науково, доводити на основі фактів, виявляти увагу до думки співрозмовника.

Особливу увагу в діловому спілкуванні потрібно звертати на характер розмови, де слід бути уважним, ввічливим, тактовним. У діловій бесіді бажано частіше вживати слова, що викликають довіру, наприклад: “будьте ласкаві”, “вибачте”, “дозвольте”, “дякую”, “зроблю із задоволенням” тощо.

У ділових відносинах слід вивчати не лише обличчя співрозмовника, а й стежити за своїм. Воно не повинно бути сумним, кам'яним, байдужим, чи

навпаки, догідливим; воно повинно бути просто доброзичливим.

Спілкуючись з іншими людьми, треба досконало володіти рідною мовою, висловлювати думки чітко, ясно й дохідливо.

Ділове життя складається із спілкування. Майже половину робочого часу підприємець витрачає на різні зустрічі, телефонні розмови, і завжди від нього виходить слово.

Уміння володіти словом – його професійний обов'язок. Людина, що вміє добре говорити, навіть якщо вона і не відзначається якимись особливими здібностями, робить враження знавця своєї справи.

Ділові виступи, ділові бесіди ніхто відмінити не може і до них слід ретельно готуватися. Слід говорити просто і щиро, переконливо і зрозуміло.

#### **2.4.2. Культура ділового спілкування**

Численні етичні ситуації вимагають від людини вміння:

- ✓ привітатися і попрощатися;
- ✓ звернутися за допомогою, подякувати за неї;
- ✓ розмовляти з однолітками і старшими за віком;
- ✓ просити чи наказувати;
- ✓ розмовляти по телефону та ін.

Культура ділового спілкування вимагає знань етики і психології співробітництва. Відомий американський підприємець Дж. Рокфеллер, добре розуміючи значення спілкування для ділової діяльності, казав: “Уміння спілкуватися з людьми – такий же товар, як цукор або кава. Але воно є таким важливим, що я готовий платити за це вміння більше, ніж за будь-який інший товар у цьому світі”.

Тон і манера розмови мають важливе значення. Слід:

- ✓ уникати різкого тону в судженнях;
- ✓ не захищати свої переконання образливим тоном;
- ✓ уміти не тільки говорити, але й слухати;
- ✓ не боятися задавати питання;
- ✓ бути поблажливим до тих, хто помиляється;

✓ не йти на пряму конфронтацію, використовувати таку аргументацію, яка поверне негативні сили в потрібне русло;

✓ учитись відхиляти вимоги, які неможливо виконати, при цьому не ображати гідність співрозмовника, не проявляти гордовитості, пихатості;

✓ не обіцяти нічого неможливого, або того, що не можна виконати.

Ділова бесіда складається, як правило, з декількох етапів.

1. Ознайомлення з проблемою та її виклад.

2. Уточнення факторів, що впливають на вибір даного рішення.

3. Вибір рішення.

4. Прийняття рішення і доведення його до співбесідника. На початку бесіди необхідно оцінити психологічний стан співбесідника, скласти уявлення про сутність проблеми, вибрати потрібний тон бесіди. Треба врахувати вік, положення в суспільстві співбесідника, навіть тип нервової системи.

Тон бесіди повинен бути нейтральним. Не можна починати розмову з відмови чи неможливості вирішення проблеми. Навіть якщо відповідь негативна, треба тактовно підвести співрозмовника до цього висновку, щоб не виникла конфліктна ситуація.

Існують визначені правила етикету, яких доцільно дотримуватись при проведенні ділових бесід:

✓ розмовляти треба так, щоб кожний із співрозмовників міг висловлюватися з легкістю і невимушеністю;

✓ торкаючись будь-якого питання, не треба заглиблюватись занадто сильно, щоб не надокучати співрозмовнику;

✓ завжди зберігати в розмові самовладання, добрий настрій, доброзичливість;

✓ уникати в бесіді неприємних розмов на адресу відсутніх;

✓ ні за яких обставин не переривати співрозмовника, і лише за надзвичайних умов можна зробити зауваження у ввічливій формі.

Освічена, культурна людина, намагається бути в розмові на рівні розвитку своїх слухачів. Культурний співрозмовник ніколи не хвалиться знайомством з людьми, які займають високе службове становище.

За вмінням слухати пізнають людину розумну, з гарного товариства. Уважний і співчуваючий слухач завжди більше подобається людям, ніж

балакучий хвалько зі своїми амбіціями та думками.

Запорукою успішного проведення бесіди або наради, дискусії чи зборів є компетентність, тактовність, доброзичливість виступаючого, його намагання оперативно й ефективно вирішити будь-яку проблему.

#### **4.Класифікація видів спілкування у психології.**

Спілкування не розглядається в одній системі координат. Це багатомірний процес. Види спілкування в психологічній літературі поділяються на підставі різних ознак.

За змістом спілкування може бути матеріальним, когнітивним, кондиційним, мотиваційним, діяльнісним.

Матеріальне спілкування - це обмін предметами і продуктами діяльності. При матеріальному спілкуванні суб'єкти здійснюють обмін продуктами своєї діяльності, які виступають засобами задоволення потреб.

Когнітивне спілкування – це обмін знаннями (наприклад, під час навчального процесу).

Кондиційне спілкування – це обмін психічними та фізіологічними станами, тобто певний вплив на психічні стани іншого (наприклад, бажання зіпсувати настрій партнеру).

Мотиваційне спілкування – це обмін цілями, потребами, інтересами. Таке спілкування спрямоване на передачу іншому певних установок або готовності діяти певним чином.

Діяльнісне спілкування – це обмін діями, навиками, вміннями тощо. Залежно від засобів спілкування може бути безпосереднім та опосередкованим, прямим та непрямим. Безпосереднє спілкування відбувається тоді, коли співрозмовники безпосередньо сприймають один одного, встановлюють контакти й використовують для цього всі наявні засоби. Опосередковане спілкування характеризується використанням спеціальних засобів.

Пряме спілкування полягає в особистісних контактах і безпосередньому сприйманні один одного (наприклад, розмова двох друзів). Непряме спілкування передбачає наявність посередників, якими можуть виступати інші люди (наприклад, при переговорах між різними групами).

Особистісне спілкування зосереджене на проблемах, що складають внутрішній світ людини. Інструментальне спілкування - це засіб задоволення різних потреб. Цільове спілкування служить засобом задоволення саме потреби в спілкуванні.

#### *Діалогічні засоби спілкування:*

**Бесіда:** предметна розмова з метою обміну думками, інформацією, почуттями, для успішності якої необхідно знати співрозмовника, обрати певну тактику, вміло підбирати запитання та відповіді.

**Обговорення:** різновид бесіди, при якому розглядається наперед визначене ключове питання.

**Суперечка:** застосовується при обговоренні неоднозначного питання, головною метою якого є утвердження своєї думки, своєї точки зору та вміння переконувати.

**Дискусія:** на відміну від суперечки, дискусія не роз'єднує, не веде до конфронтації, а об'єднує співрозмовників. Ознаками дискусії є обґрунтовані позиції, всебічне обговорення предмета розбіжностей.

**Дебати:** різновид обговорення суперечливих питань, положень, призначений для обміну думками у публічній формі (засідання, конференції).

#### **Фактори, від яких залежить перше враження:**

1. Об'єктивні характеристики зовнішнього вигляду того, кого сприймають: фізичні дані, тип конституції, вікові, расові, національні ознаки; експресивна поведінка (міміка, жести, хода, голос, осанка); оформлення зовнішності (одяг, макіяж, парфуми, зачіска).

2. Особистісні якості, емоційний стан, переконання, досвід того, хто сприймає. 3. Соціальний фон сприймання: де, коли, поруч з ким знаходиться людина, яку сприймають. Особистісні характеристики людини, яку ми сприймаємо, відкриваються нам не безпосередньо, а встановлюються завдяки інтерпретації елементів її зовнішності, поведінки, діяльності. Іноді пізнання іншої людини спрощується і зводиться до віднесення її по зовнішнім формальним ознакам до певної категорії людей, соціальної групи, по відношенню до якої існує стереотипна думка. Найчастіше зустрічаються стереотипи стосовно професійних, національних, статевих, вікових груп.

#### **4. Психологічні основи спілкування з пацієнтами.**

Спілкування з хворим є могутнім засобом психологічного впливу на його стан. При захворюванні потреба у душевному, підбадьорливому спілкуванні здебільшого зростає, лише у важких випадках спілкування обтяжує хворого і він уникає його. Хворі насторожено сприймають слова і не вербальні засоби спілкування медиків. Кожне слово, жест, погляд медичної сестри по-різному тлумачиться хворим в залежності від особливостей його характеру, фізичного і психічного стану, установки і ступеня медичної обізнаності. Медичній сестрі слід дотримуватись різних стилів поведінки, адекватних реальній обстановці.

Залежно від поведінкових реакцій розрізняють такі типи пацієнтів :

*Впевнений у собі* -- не допускає собі гніву, виражає як позитивні так і негативні відчуття. Спроможний прийняти позитивну енергію від інших, робити компліменти, якщо вони заслужені.

*Впевнений індивід* має розслаблений, приємний вираз обличчя, розслаблене положення тіла, тон твердий і упевнений, проявляє інтерес до інших, жести адекватні, щиро проявляє свої почуття.

*Агресивний пацієнт* -- ігнорує права інших , вважаючи, що кожен повинен боротись за себе. Щоб приховати власну невпевненість і довести свою зверхність, тисне на інших. Зазвичай говорить голосно, настирливо дивиться в очі , часом нахилиється трохи вперед. Справляє враження сили і домінування.

*Агресивний індивід* має напружений , сердитий , пильний погляд , ходить взад і вперед, часто стоїть, коли всі інші сидять. Голос вимогливий, загрозливий, наказовий. Жести різкі, стрімкі, стиснуті кулаки. Мова звинувачувальна, атакуюча, старається принизити будь-якою ціною.

#### Правила поведінки медсестри з таким пацієнтом (щоб не зірватись)

- не сприймати їх агресивність, як особисту образу ;
- спробувати заспокоїтись, глибоко подихати, випити води ;
- вийти з кімнати, зробити перерву, якщо пацієнт у безпеці ;
- знову поговорити з пацієнтом для встановлення контакту.

*Невпевнений пацієнт* -- пасивний, часто поводитьься і говорить в дитячій манері, прагне замаскувати свій стан. Поводиться недовірливо, дозволяє іншим маніпулювати собою.

*Невпевнений індивід* -- нервовий , очі опущені вниз, положення тіла незручне, зігнутий, старається прихилитись до чогось. Голос тихий, нерозбірливий , часто тремтить. Жести нервові і стурбовані. Прагне приховати зміст слів , виправдатись, підкоритись іншій людині.

#### Правила поведінки з таким пацієнтом :

- говоріть йому компліменти ;
- хваліть кожне його зусилля -- це крок до одужання ;
- підтримуйте всі починання пацієнта ;
- виявляйте невербальну підтримку : посмішка, кивок голови.

*Будьте чуйні і уважні до пацієнтів.*

Особистісний простір - це суб'єктивне відчуття відстані навколо людини, порушення якої іншою людиною викликає негативні емоції і почуття внутрішнього протесту.

Внутрішній протест полягає у появі відчуття дискомфорту, незадоволення фамільярністю порушника сфери особистісного простору, підвищення психічної збудливості, бажання припинити спілкування або перейти на «різкіший» тон розмови. Здебільшого людина в такій ситуації підсвідомо робить крок назад і цим самим відновлює необхідну дистанцію. Порушник особистісного простору нерідко відразу ж викликає в іншій людині негативну установчу реакцію, спрямовану проти себе.

Частину просторового середовища людина природно вважає своєю власністю, якою може розпоряджатися й охороняти від чужих зазіхань. Цим персоналізованим простором, або «власною персональною територією», можуть бути житло, конкретне місце у цьому житлі, робоче місце людини, ліжка і тумбочка у гуртожитку тощо. Це так звана «первина особистісна територія».

Крім цього, психологи розпізнають «вторинну територію», якою людина «за звичкою» або «за традицією» намагається користуватись, але не контролює надто безапеляційно (місце в лекційній залі, бібліотеці, на пляжі тощо) . Персональна територія й особистісний простір необхідні для встановлення межі між «собою» та «іншими» і виконують функцію регуляції міжособистісних відносин.

*Прийнято виділяти чотири види комунікативної дистанції між людьми :*

1. *Публічна дистанція* (від 4 до 7,5м - використовується при виступах перед різноманітними аудиторіями)

2. *Соціальна відстань* (від 1,2 до 4м - є бажаною при спілкуванні з чужими людьми і при офіційних зверненнях).

3. *Персональна відстань* (у середньому 1м, інколи зменшується до 45см - використовується при буденному спілкуванні із знайомими людьми).

4. *Близька (інтимна) відстань* (близько 45см).

Перебування на близькій відстані може бути ситуаційним (поїздка в громадському транспорті, відвідування лекцій, мітингів тощо) і є нормальним явищем в умовах сімейного життя, а також при виконанні професійних обов'язків (робота перукарів, медиків, косметологів тощо). Проте навіть короткотривале перебування в стані ситуаційної близькості (наприклад , у переповненому ліфті) викликає в людей відчуття дискомфорту. Щоб зменшити його, вони здебільшого стають боком один до одного, оберігають від контакту певні частини тіла, уникають зорового спілкування.

Межами персональної відстані є 45-120см . Вона не є строго постійною і залежить від психологічної близькості з людиною та установкою на її сприймання. Для особи, яка знаходиться з людиною в теплих і дружніх взаємостосунках, ця відстань зменшується, а для незнайомих або небажаних - збільшується. Звичайно ця відстань дорівнює довжині витягнутої руки (приблизно 1м)

Відомо, що діти і підлітки мають менші, ніж дорослі, зони особистісного простору. Разом із тим, встановлено, що молоді організми, які ростуть в умовах надмірної скупченості, затримуються у своєму розвитку. Потомство скупчених щурів було менш активним, ніж контрольні тварини.

За одних і тих же умов індивідууми із зонами більшого особистісного простору гірше переносять скупчення, ніж люди з меншим особистісним простором.

Як відомо, деякі хворі, які лікуються стаціонарно, вимушені перебувати в багатомісних палатах, де їх особиста територія обмежена ліжком і тумбочкою, а особистісний простір часто порушують інші люди (сусіди по палаті, їх відвідувачі, обслуговуючий медперсонал). Тривале спільне перебування в таких умовах може викликати стресовий стан дискомфорту, ступінь якого прийнято оцінювати за п'ятибальною системою :

1. Природна цікавість до нового сусіда замінюється байдужим ставленням до нього. Людина старається не помічати сусіда.
2. Людина мимоволі починає звертати увагу на його дії, але емоційні переживання при цьому відсутні.
3. Дії сусіда викликають пильну увагу і настороженість. Якщо доводиться ввійти в його особистісний простір, виникає почуття неприємності й дратівливості.
4. Дії сусіда (або свої у його присутності) викликають неприємне відчуття внутрішньої напруженості. Людина старається уникати зорового контакту із сусідом.
5. Важко утриматись (інколи неможливо) , щоб не зробити різкого зауваження сусіду за його некоректні дії. Надто сильне емоційне напруження, коли доводиться «вторгнутись» на особисту територію сусіда. Людина не хоче бачити сусіда і спілкуватися з ним, старається відвернутись, щось читати або зайнятись якоюсь справою, що є маскою бажання, яке можна висловити так : «Очі б мої тебе не бачили...» .

У здорових людей такий стан виникає при тривалих ситуаціях, які за впливом на нервово- психологічний стан наближаються до екстремальних

(сумісний політ космонавтів, тривалі експерименти в ізольованій камері, перебування в переповнених слідчих ізоляторах, військових казармах тощо). У лікарнях перебувають хворі з астенізованою психікою. Ось чому в них явища обмеження особистісного простору виражені більшою мірою, ніж у здорових.

Коли хворий спілкується з медиком, величина особистісного простору змінюється в межах «медик - хворий». Сусіди по палаті є ніби зайвими у цьому суб'єктивному просторі. Хворому важко бути щирим, відкритим і природним, коли в палаті є спостерігачі. Медична сестра повинна це розуміти і створювати всі умови для спілкування в більш інтимній обстановці (маніпуляції і процедури проводити в окремих кабінетах, при потребі попросити сторонніх вийти тощо).

Інколи молодший медичний персонал безцеремонно «наводить порядок» у тумбочках хворих з їх особистими речами, медикаментами і продуктами харчування. Це гнітюче впливає на психіку пацієнтів. Якщо дійсно необхідно допомогти хворому, потрібно зробити це тактовно. Медична сестра повинна стежити за діями молодшого медичного персоналу. У мешканців великих міст дуже обмежена особиста зона, що часто викликає стреси. У чоловіків вона більша, ніж у жінок.

#### **Питання для самоконтролю**

1. Що таке ділове спілкування?
2. Що вимагає “культура” ділового спілкування?
3. Основи психологічного спілкування з пацієнтами.

#### **Самостійна робота: *Право пацієнта на інформацію. Роль медичної сестри в профілактиці ятрогеній***

##### **Література**

###### ***Основна:***

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко

Ст. 168-183

###### ***Додаткова:***

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 100-119

###### ***Інформаційні ресурси:***

1. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

## **Лекція № 11**

### **Тема лекції: Психологічні проблеми лікувального процесу та сучасної біоетики**

#### **Мета:**

#### **Навчальна:**

#### **Виховна:**

#### **Загальні компетентності:**

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

#### **Спеціальні компетентності:**

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.

#### **Результати навчання:**

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та

неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 7. Застосовувати паліативну компетентність при роботі з пацієнтами, їх оточенням, медичними та соціальними працівниками під час здійснення професійної діяльності.

### **План лекції**

1. Біоетичні проблеми народження : штучне запліднення, переривання вагітності, сурогатне материнство, клонування.
2. Етичні проблеми вмирання, реанімації і смерті.
3. Ставлення пацієнта до смерті.
4. Біоетичні проблеми смерті: автопсія, смерть мозку, евтаназія.

### **Зміст лекції**

Сучасна медицина і фармація, крім всіх інших характеристик, є науками експериментальними. Теорія і практика лікарської діяльності на сьогодні ґрунтується на результатах наукових досліджень, які мають відповідну доказову базу. Розробка і впровадження нових методів лікування і фармацевтичних препаратів зараз неможлива без їх випробування на тваринах і людині. Все це стимулює сучасного лікаря до активної наукової роботи, об'єктами якої стають його пацієнти.

Очевидно, що участь людини в наукових дослідженнях може створювати загрозу для її здоров'я, життя, для її прав, гідності, благополуччя тощо і вимагає глибокого етичного аналізу. Адже об'єктивне знання є фундаментальною суспільною цінністю і тому може служити виправданням можливих ризиків для тілесного і соціального благополуччя людей, які виступають у ролі «об'єктів» дослідницької діяльності. Разом з тим наскільки б не була висока цінність об'єктивного знання, вона у всіх випадках має бути порівняна з не менш, а часто більш істотними соціальними цінностями, які можуть бути сформульовані у вигляді принципів:

- поважання людини як особистості;
- добродійності і милосердя;
- справедливості;
- солідарності.

Поважання людини як особистості впливає з визнання і поваги самого значення її вільного бажання, права і можливості відігравати визначальну роль при прийнятті рішень, що стосуються її тілесного і/або соціального благополуччя. Людина повинна розглядатися як «господар» свого тіла, без чийого усвідомленого і добровільного дозволу в принципі не повинні проводитися ніякі маніпуляції: дослідницькі, профілактичні, діагностичні та лікувальні. Їй також належать певні права на доступ, контроль і розпорядження клінічною, медико-біологічною та іншою інформацією, отриманою медиками у межах дослідження, що проводиться з її участю. Людина поважається як особистість, коли вона насправді визнається як

відповідальний «автор» своєї неповторної і унікальної історії життя (біографії).

Принцип добродійності і милосердя складає серцевину покликання лікарів та інших медичних працівників. Він спонукає медиків зі співчуття керуватися перш за все благом конкретного пацієнта, відсовуючи на другий план інші мотиви своєї діяльності: пізнавальні, педагогічні, комерційні і т. ін. Справедливість передбачає принципову рівність можливостей для людей з точки зору: а) доступності медичної допомоги і розподілених медичних послуг; б) ймовірності розділити тягар ризиків для здоров'я і життя, страждань і відповідальності.

Медицина є прадавньою і найважливішою формою прояву солідарності як принципу, що забезпечує виживання окремої людини і людства в цілому. Хвороби і травматизм стосуються наших загальних перспектив та інтересів. Тому в наших спільних інтересах сприяти в міру можливості прогресу медичної науки і практики.

Слід поважати готовність людини з почуття солідарності добровільно брати участь у клінічних випробуваннях і медико-біологічних експериментах.

Сформульовані вище принципи стосуються один одного за принципом додатків і не знаходяться між собою в ієрархічній залежності.

Етика біомедичних досліджень має давню історію. Ще давньоримський лікар і учений Цельс (I ст. до н. е.) спеціально обговорював питання допустимості експериментування на людині і взагалі на живих істотах. Проте більшість учених античності і Нового Часу вважали такі дослідження за цілком припустимі.

Біоетика – це розділ прикладної етики, філософської дисципліни, що вивчає проблеми моралі насамперед стосовно людини та всього живого, визначає, які дії щодо живого з морального погляду є припустимими, а які не припустимі.

Іншими словами Біоетика – це поєднання досягнень біологічної науки та медицини з духовністю.

Етичні норми та правила в медицині вироблені ще Гіппократом, Авіценною.

Першу книгу, присвячену біоетиці написав амер. вчений, лікар Ван Поттер у 1969 році під назвою «Біоетика-міст у майбутнє».

1. Біоетичні проблеми народження : штучне запліднення, переривання вагітності, сурогатне материнство, клонування

Зі штучним заплідненням пов'язана низка етичних проблем:

1. Відтворення людини відбувається без контакту статевих партнерів.
2. Кому по праву належать "надлишкові" ембріони, чи допустиме експериментування над ними, використання для косметичних цілей, а також їх продаж, дарування, знищення.

3. Відповідно до концепції сучасної сім'ї сім'єю може вважатися навіть одна особа. Ця концепція виправдовує бажання одиноких жінок забезпечити народження дитини завдяки штучному заплідненню. Аргументом проти штучного запліднення одиноких жінок може бути благополуччя майбутньої дитини, яка має право жити в повній сім'ї.
4. Яку інформацію слід надати дитині, яка живе в повній сім'ї, у разі якщо їй стане відома особа донора, що надав біологічний матеріал для штучного запліднення.
5. Колізії, що виникають у разі запліднення, яке відбулося після смерті батька, який був донором біологічного матеріалу, або заміни, на бажання жінки, донорського біологічного матеріалу чоловіка або постійного партнера без їхньої згоди на біологічний матеріал іншого донора, використання біологічного матеріалу одного і того ж донора для штучного запліднення кількох жінок.
6. Критерії відбору донорів, їхні права і обов'язки щодо майбутньої дитини, якщо чоловік або постійний партнер дав формальну згоду на штучне запліднення жінки біологічним матеріалом донора. В цьому разі виникає новий тип сім'ї "багатобатьківська", яка складається з біологічної матері, законного та "біологічного" батьків і дитини, що, крім етичних аспектів, породжує ще й низку правових питань.
7. Чи необхідним є хірургічне втручання в організм здорової жінки для того, щоб дати дитину безплідній сім'ї, коли на світі стільки сиріт.
8. Чи припустиме сурогатне материнство.

Переривання вагітності – це боротьба з виникненням людського життя.

Аборт (лат. abortus – викидень) – переривання життя зачатої, але ще не народженої дитини, переривання вагітності і видалення дитини з матки до того, як вона зможе жити самостійно. Народження дитини після 28 тижня вагітності називається передчасними пологами.

Аборт може бути мимовільним (викидень) і медичним або штучним (пряме втручання – хірургічне чи медикаментозне). Під штучним абортom розуміють звільнення вагітної матки від плодового міхура за допомогою будь-якого діяння безпосередньо на плодовий міхур, на матку або на організм вагітної в цілому.

З огляду на моральні чинники розрізняють кілька видів абортu:

1) Мимовільний аборт (викидень, спонтанний аборт) – незумисна і ніким не спровокована втрата плода всупереч волі матері. Причини викидня можуть бути різними, найчастіше патологічні процеси. У разі мимовільного абортu не можна говорити про моральну вину, хіба що причиною такого абортu є очевидна і свідома недбалість, яка провокує викидень (невідповідна турбота про себе, зокрема на початку вагітності, негативне ставлення чоловіка до жінки під час вагітності, надмірне фізичне навантаження, стреси тощо).

2) Аборт при ектопічній (позаматковій) вагітності. Така патологія вагітності практично не залишає для дитини жодного шансу, щоб вижити. Окрім цього,

позаматкова вагітність може спричинити смерть вагітної. Тому при імовірності втрати обох людей, треба рятувати життя хоча б однієї.

3) Терапевтичний (безпосередній, прямий) аборт. Це ситуація, коли вважають, що жінка перебуває у фізичній чи психічній небезпеці, яка ускладнюється вагітністю і пологи можуть призвести навіть до смерті матері. Доволі часто йдеться про вибір між життям жінки та дитини.

4) Опосередкований (непрямий) аборт. Якщо вагітна жінка тяжкохвора, наприклад на рак матки з ураженням ембріона, аборт дозволений і морально оправданий, оскільки і матір, і дитина приречені на смерть. Продовження вагітності не тільки призвело б до смерті матері, але і не врятувало б життя дитини. Видаляють хвору матку, а отже, і плід.

5) Селективний (евгенічний) аборт виконують, щоб запобігти народженню дитини з генетичними відхиленнями. Згідно з цією ідеологією лише сильні особистості, здорові, корисні для суспільства мають право на життя. З одного боку такий прагматизм дуже небезпечний (прикладом цього є події Другої світової війни), бо призводить до расизму. Не існує жодних причин, які б усправедливлювали позбавлення людського плода його індивідуальності і гідності. З іншого боку народження хворої людини, з генетичними відхиленнями – це зло, «навіть якщо особа внаслідок такого народження позитивно переживала б своє існування, бо такі дії вводять у світ непотрібне страждання...», – пише Дж. Харріс, професор біоетики в Університеті Манчестеру.

6) Аборт як наслідок зґвалтування. Не можна у випадку вагітності через зґвалтування шукати рекомпенсації справедливості, застосовуючи як засіб ще більшу несправедливість, якою є переривання життя вже зачатої дитини. Діти, зачаті внаслідок зґвалтування чи інцесту, залишаються людськими особами. Вони мають право на життя, як і ті діти, які були зачаті у подружній любові, і тому також заслуговують на захист.

7) Суспільний (соціальний) аборт. Іноді до абортів вдаються з різноманітних суспільних мотивів: економічні труднощі сім'ї; страх жінки перед втратою праці, дотеперішнього стилю життя, вільного часу; страх перед відповідальністю; незрілість, зокрема молодих людей, що не готові прийняти дитину і т. ін.

Право на переривання вагітності є одним із репродуктивних прав жінки. Право на аборт тісно пов'язане із правом на планування сім'ї та правом людини на життя. У зв'язку з цим, питання проведення абортів є складним морально-етичним питанням, яке зачіпає низку фундаментальних етичних проблем, а саме: ставлення жінки до практики абортів, ставлення сім'ї, громадськості, держави, церкви до даної проблеми, а також ступінь впливу державної політики на прийняття особистих рішень.

Проблема абортів одночасно торкається долі одразу декількох людей – жінки, що вирішила перервати вагітність, й ембріона (плоду), що знаходиться в її утробі. Також дана проблема може торкатися і біологічного батька майбутньої дитини, адже він, на рівні із жінкою, має право на створення

сім'ї. Утім, саме жінці бути вагітною і носити дитину, тому й проблема абортів стосується безпосередньо матері та дитини.

#### Сурогатне материнство

Під поняттям сурогатного або «замінного» материнства, мається на увазі подвійний феномен:

- 1) коли жінка виношує дитину, зачату двома особами-донорами;
- 2) коли жінка виношує дитину, зачату з її яйцеклітини та сімені чоловіка, який не є її чоловіком.

В обох випадках передбачено, що ця жінка, тобто сурогатна матір, не претендує на соціальну роль матері дитини, народженої нею, але віддає її на виховання іншим людям - «замовникам»

Сурогатне материнство за своєю суттю суперечить поняттю материнства як такого. Материнство передбачає дарування себе, тоді як сурогатне материнство – посідання; перше спрямовується на благо дитини, тоді як ціллю останнього є досягнення блага батьків. Природне материнство є стосунком, тоді як сурогатне материнство – засобом; для матері дитина є ціллію самою собою, тоді як для протагоністів сурогатного материнства дитина є реалізацією власних інтересів.

#### Клонування

Етика клонування людини – розділ біоетики, визначає можливості та наслідки клонування людської істоти.

Клонування — це метод розмноження статевороздільних істот (тварин та лю- дей), за допомогою якого у безстатевий спосіб можна отримати новий організм, що буде генетично ідентичним до організму, який мається на меті клонувати. Слово “клонування” походить від грецького слова κλον, що означає “галузка”, “брунька” і спочатку вживалося для окреслення вегетативної репродукції рослин. Клонування є відомим явищем у рослинному світі. Перші спроби клонування тварин з’явилися у 30-х роках ХХ століття. Велику роль у цьому зіграв технічний прогрес у сфері молекулярної біології, генетики і штучного запліднення. Новий етап у клонуванні визначили експерименти шотландських учених, які завершилися народженням ві- вці Доллі (27 лютого 1997). Це досягнення відкрило шлях до клонування людини. Клонування людини породжує перед наукою велику кількість нерозв’язаних проблем і незрозумілих питань.

В останній час розрізняють поняття «репродуктивне клонування людини» та «терапевтичне клонування», або «клонування у дослідницьких цілях». Репродуктивне клонування людини означає можливість штучного створення дорослої людської істоти з ядра соматичної клітини донора, поміщеного в яйцеклітину з видаленим ядром, який згодом імплантується в матку в якості ембріона; це повинно викликати вагітність та пологи. «Терапевтичне клонування» або «клонування у дослідницьких цілях» в даний час зупиняється на рівні ембріона, а тому його можна ще назвати «ембріональним клонуванням». Ембріональне клонування використовується в медичних цілях – як правило, для отримання ембріональних стовбурових

клітин, які гіпотетично можуть відновлювати хворі органи донора, оскільки мають однакові з ним генетичні характеристики.

Відношення до ембріонального клонування людини є досить неоднозначним, оскільки фахівці по-різному оцінюють моральний статус людського ембріона.

Згідно першої точки зору, зародки людини повинні користуватися захистом з моменту зачаття (незалежно від того, в яких формах воно сталося) до народження, тому дослідне клонування повинно бути заборонено.

Друга точка зору ґрунтується на тому, що моральний статус ембріона поступово збільшується по мірі його розвитку і лише після народження він користується всіма правами людської істоти. Таким чином, дослідне клонування, зрозуміле як клонування і використання ембріонів, може бути дозволено.

В наші дні, час від часу, громадськість сколихують повідомлення про експерименти, спрямовані на клонування людини. Мало хто вірить у можливість створення клона сьогодні, але є велика ймовірність того, що він з'явиться колись.

Як вчені, так і пересічні громадяни у багатьох країнах світу цю інформацію сприймають по-різному. Одні вчені попереджують людство про небезпеку, яку несуть для нього такі експерименти, інші відстоюють думку про те, що ні науку в цілому, ні подібні наукові дослідження проблем клонування не зупинити. Далеко не однозначною є й реакція громадськості. Одні висловлюють занепокоєння з приводу втручання науковців вже не лише в природу, а в найсвятішу її таємницю – народження людини. Інші ж – одержимі ідеєю, якщо не безсмертя, то хоча б гарантованого "ремонт" свого тіла за будь-яких катастрофічних обставин – щиро вірять і прагнуть швидше.

На перший погляд, тут немає суперечності. Метод клонування людей обіцяє в перспективі можливість радикального лікування усіх захворювань людини методом заміщеної терапії. Тобто, за бажанням конкретної людини, з її клітини, можуть виростити декілька біологічних копій і весь час підтримувати їх біологічне життя для того, щоб у разі потреби (невиліковних хвороб чи пошкоджень будь-яких внутрішніх органів чи частин тіла) мати повний "запасний комплект" біологічних складників цієї людини.

Все це означає, що те, що сьогодні наука знає про дію генів, про їхній вплив на розвиток організму і генетичні особливості поведінки, не є достатнім для твердження, що клон людини буде людиною навіть біологічно. А якщо врахувати, що основним для людини є соціальне і культурне буття, то розглядати клонування людини як механізм відтворення саме людини необхідно визнати як необґрунтоване з наукової точки зору.

## 2. Етичні проблеми вмирання, реанімації і смерті.

Феномен смерті людство намагається розгадати з глибокої давнини. Смерть як сон, з якого немає вороття в реальний світ, смерть як перехід в

інший, неземний світ, смерть як припинення життєдіяльності організму людини.

У біоетики проблема смерті і вмирання людини розглядається з позицій сучасних наукових уявлень про те, що смерть - це стан повного припинення життєдіяльності людини. Припиняється функціонування всіх органів і систем людського організму і настає стан, при якому неможливі ніякі види активності людини - ні духовна, ні психологічна, ні соціальна, ні фізіологічна. Вся духовна і соціальна життя людини розуміється як результат психічної діяльності, а психіка є властивістю високоорганізованої матерії - мозку. Смерть мозку стає для людини одночасно смертю і в усьому іншому. Незворотність фізіологічних змін, що наступають в момент біологічної смерті, означає припинення існування людини в певному якісному стані як матеріального об'єкта - у всій повноті його фізіологічних, психологічних, соціокультурних, духовних характеристик як людини, представника земного роду *homo sapiens*. Людина гине як цілісна біосоціальна сутність. Смерть - це природний стан, яким завершується життя людини.

Розвиток нових медичних технологій, в тому числі сучасних методів реанімації, призвело до появи нового стану організму - станом оборотної (клінічної) смерті. З новою технікою вдається в ряді випадків повернути до життя людини після зупинки дихання і серцебиття, поки ще не загинув мозок. Головна виникає тут проблема, як відомо, - проблема смерті особи, матеріальним виразом якої є смерть мозку, в першу чергу - кори мозку (церебральна смерть). До церебральної смерті, навіть після зупинки дихання і серцебиття, ми ще маємо справу з особистістю як суб'єктом і об'єктом етичних визначень; після смерті кори мозку - з чисто біологічною істотою.

У сучасному світі процес вмирання курується фахівцями-медиками, державними інститутами і знаходиться в залежності від технологічної оснащеності суспільства. На думку Ф. Арьсса, медицина, організована у формі лікарні, в принципі може дозволити невиліковному хворому продовжувати існування невизначено довго .

### 3. Ставлення пацієнта до смерті

Сприйняття кожною людиною наближення смерті є індивідуальним. З огляду на це психологи стверджують, що пристосування людей до смерті долає такі стадії:

- 1) заперечення. Людина відмовляється визнати можливість своєї смерті, шукає обнадійливих думок і діагнозів;
- 2) гнів. Усвідомлення неминучості смерті і пов'язане з цим руйнування планів викликають у людини стан фрустрації - переживання невдачі. Унаслідок цього її охоплюють образа, гнів, заздрість до інших;
- 3) торги. Сподіваючись продовжити своє життя, людина дає різні обіцянки (кинути вживати алкоголь чи палити, поглибити свою віру в Бога тощо);

4) депресія. Свідченням її є втрата інтересу до життя, відчай, безнадія. Неминучість смерті, розлуки з рідними і близькими викликають у людини переживання горя;

5) прийняття. Людина вирішує змиритися зі своєю долею та неминучістю смерті, в її душі встановлюється мир, і вона спокійно доживає останні дні.

У розвинутих країнах поширеним є заперечення смерті як умираючими, так і їхніми близькими. Заперечення - це своєрідний механізм подолання стресу і психологічного захисту, застосування якого може заважати активно боротися з життєвими труднощами. Цілком природно, що люди бояться смерті. Однак тих, хто дожив до старості, лякає не смерть сама по собі, а перспектива тривалого, болісного, нестерпного, важкого вмирання.

Усвідомлення наближення смерті спонукає літню людину реконструювати в пам'яті минуле, знову подумки пережити радісні хвилини та втрати. Огляд власного минулого наприкінці життя допомагає вирішити внутрішні конфлікти, переосмислити власне життя, оцінити свої можливості, зрозуміти себе, з'ясувати справжні цінності та значущі здобутки життя.

4. Біоетичні проблеми смерті: аутопсія, смерть мозку, евтаназія.

Аутопсія (розтин) — патологоанатомічна або судово-медична процедура, посмертний розтин чи дослідження тіла, зокрема органів і тканин. Проводять для того, аби встановити причину смерті.

Смерть мозку припускає стійка відсутність свідомості, сталого спонтанного дихання і стовбурових рефлексів; спинальні рефлекси, включаючи глибокі сухожильні рефлекси, підошовне згинання (згинальні рефлекси), можуть зберігатися.

Що стосується проблеми евтаназії в Україні, то законодавство нашої держави трактує евтаназію як зловмисне вбивство.

Створення оптимальних умов для вмираючої людини передбачає надання їй психологічної та соціальної допомоги. Побуває думка, що кожна людина має право померти без штучного продовження свого життя.

Цей термін означає свідому дію (або відмову від дій), що призводить до швидкої безболісної смерті безнадійно хворої людини з метою припинення її страждань.

Розрізняють евтаназії активну («допомогти померти») і пасивну («дати померти»). Під пасивною евтаназією мається на увазі припинення усіх видів підтримуючої терапії, що застосовується для підтримки життя пацієнта. Активна евтаназія є результатом застосування спеціальних засобів

Уперше евтаназія набула законності в 1994 р. в американському штаті Орегон. На даний час евтаназія у формі асистованого суїциду легалізована в Нідерландах (2001 р.), у Австралії (1997 р.), в ряді штатів Америки, в Бельгії (2001 р.). В інших країнах, незважаючи на статистичні дані про існування широкої практики нелегальної евтаназії, будь-які форми останньої офіційно визнаються злочином, а дане питання в юридичному відношенні залишається відкритим

Однією з біоетичних проблем є трансплантація органів. Перші операції з трансплантації органів викликали у світі подив, захоплення безмежними

науковими та технічними можливостями, професійною унікальністю проведених операцій; отримували однозначну підтримку та схвалення і формували так звану трансплантаційну ейфорію.

Але одне із найунікальніших досягнень людської культури - пересадка серця, загострило ряд етико-філософських проблем, зокрема, визначення критеріїв смерті людини, оскільки трансплантація потребує серця, "що б'ється", та й успішність пересадки інших органів залежить від часу, що минув після смерті донора.

### **Питання для самоконтролю:**

1. Як ви розумієте смерть мозку як еквівалент біологічної смерті?
2. Що стало поштовхом для встановлення діагнозу смерті мозку?
3. Що таке трансплантологія?
4. Що таке клонування?
5. Поясніть процес утворення генетично ідентичних клітин?
6. Як ви розумієте перспективу терапевтичного клонування?
7. Як вирішується проблема донорства в розвинених країнах світу?

**Самостійна робота:** Сучасні психологічні проблеми біоетики..

### **Література**

#### **Основна:**

І.С.Вітенко, О.С. Чабан. Основи загальної і медичної психології. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003р.

І.С.Вітенко, Л.М. Дутка, Л.Я. Зименковська. Основи загальної і медичної психології. – Київ: "Вища школа", 1991р.

Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. Харків, 2014.– 258 с.

#### **Додаткова:**

1. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. – К.: Медицина, 2009. С. 140-167.

2. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014.– 258 с.

3. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.

### **Інформаційні ресурси:**

2. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

## **Лекція № 12**

### **Тема лекції: Особливості взаємовідносин медичних працівників і хворих. Біоетичні проблеми в сучасній медицині**

#### **Загальні компетентності:**

*ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.*

#### **Спеціальні компетентності:**

*СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.*

**Результати навчання:***знання про психологію особистості, темперамент, його властивості та типи, про характер та його складові.*

#### **План лекції**

#### **Зміст лекції**

Сьогодні особливо актуальним стає повернення до принципів гуманізму, людяності, визнання високої гідності кожної особистості. Це зумовлює появу нової міждисциплінарної галузі – біоетики. Охоплюючи царини медицини, біології та етики, біоетика має мету зняти соціокультурні протиріччя,

повернути людство до ідеалів втраченої духовності, моральності. Принципами нової науки є любов до життя, визнання життя вищою вартістю.

Стрімкі темпи науково-технічного прогресу, розширення горизонтів раціональних можливостей людства відкривають нові способи приборкання природи. Своєю чергою, це спричиняє чимало дилем морального й філософського характеру. Як слушно зазначає католицький мислитель Жак Судо, вірити, що розвиток науки – це завжди погано, так само наївно, як вірити, що це завжди добре.

Біоетика, як новий науковий напрям, стала реакцією на інтенсивні темпи розвитку медицини й біології. Цей транскультурний феномен, структурний елемент прикладної етики, має своїм предметом низку біомедичних питань, неоднозначних щодо їхньої моральної кваліфікації.

Після виходу у 60-х роках ХХ століття праці Поттера "Біоетика: міст у майбутнє" термін біоетика набув поширення в наукових колах. Поттер, запроваджуючи це поняття, вказував на необхідність нової етики, яка протистояла б аморальним виявам науково-технічного прогресу. За визначенням ученого, біоетика – це поєднання біологічного знання з пізнанням системи людських цінностей, новий вид мудрості, що показує, як застосовувати наукові знання для забезпечення соціальних благ. Біоетика має стати наукою про виживання людства.

Поняття біоетики ввійшло в науковий обіг, набуло значного поширення й глибокого теоретичного опрацювання. Актуальність біоетичної проблематики, усвідомлення її важливості демонструє той факт, що світова громадськість в особі ЮНЕСКО зробила етику в галузі науки і технологій одним із пріоритетів своєї стратегії на 2002 – 2007 роки. Зацікавлення вищезгаданими проблемами спостерігаємо і в українському суспільстві, у наукових інституціях, засобах масової інформації, релігійних організаціях.

Сучасні дослідники осмислюють біоетику в широкому сенсі як певний філософсько-етичний світогляд. У межах біоетики у вузькому значенні розглядають низку біологічних і медичних етичних проблем. Серед біоетичних проблем, або структурних елементів біоетики, виокремлюють евтаназію, трансплантацію, здійснення біомедичних експериментів на людині, штучне запліднення, аборт, клонування, генну інженерію, екологічну етику та ін.

Згідно з найновішими науковими підходами, запропоновано до розгляду надзвичайно широкий спектр підходів до розуміння предмета біоетики: від медичної деонтології до екологічної етики. Прийнятною видається позиція В. Кулініченка, віце-президента Української асоціації з біоетики. Біоетику розглянуто як особливий евристичний світогляд, зумовлений певним історичним етапом розвитку культури, коли розуміння феномену життя набуває нової перспективи. До сфери морального введено не лише взаємини між людьми, а й ставлення до рослин, тварин, довкілля, своєї чуттєвості, тілесності, духовності. Предмет біоетики можна представити як сферу динамічних зв'язків "наука – людина – природа".

Виникнення біоетики в останній третині ХХ століття було цілком закономірним, його зумовила загальна криза культури. Упродовж цілого століття чимало філософів і мислителів б'ють на сполох, вказуючи на те, що

ейфорія науково-технічного поступу породила споживацьку, руйнівну цивілізацію. Зокрема, на думку Й. Гейзінги, гіпертрофований технічний поступ призвів до виродження культури у світовому масштабі. Мислитель пише: "Гротесково перебільшена оцінка економічного фактора зумовлена нашим схилянням перед технологічним прогресом, а його породили раціоналізм та утилітаризм – після того, як убили таїнства і проголосили людину вільною від вини і гріха. Але при цьому вони забули звільнити її від дурості і короткозорості, тож людині не лишилося нічого, як ліпити світ за шаблоном своєї банальності" [4, с. 217].

Про особливості сучасної цивілізації розмірковує український філософ Н. Хамітов. На думку вченого, таємниця цивілізації в тому, що вона загіпнотизована волею до абсолютного маніпулювання природою, релігією, масовою свідомістю. Цивілізація готова все розділити, розчленувати, оголосити бездушним – для зручності маніпуляції [5, с. 192].

Отже, індустріальна цивілізація, породивши могутню технонауку, ініціювавши нестримний технологічний активізм, відійшла від традиційних тисячолітніх моральних і світоглядних засад духовності. Такий стан речей призводить до дезорієнтації людини у світі. Технічний, індустріальний погляд сучасної людини висотує життєві сили культури й деформує духовність. М. Кисельов, цитуючи погляди різних учених з цього приводу, зазначає, що духовність редукується до розуму, цінності замінюються конкретними цілями. Домінує принцип корисності, розрахунку. Відбувається процес заміни розмноження клонуванням, харчування – вливанням, навчання – навіюванням, праці – автоматикою [3]. Звісно, це насторожує, і стимулює пошук виходу зі світоглядної кризи.

Мислителі намагаються зацентувати, що не все можливе технічно є прийнятним морально. А. Швейцер попереджував людство, адже, на його думку, людина перетворилася на надлюдину. Однак надлюдина, наділена надлюдською силою, ще не піднялася до рівня надлюдського розуму. Що більше зростає її могутність, то біднішою вона стає. Наша совість має прокинутися й усвідомити, що чим більше ми перетворюємося на надлюдей, тим нелюдянішими стаємо.

Вихід зі ситуації, що склалася, міжнародна громадськість шукає у сфері біоетики. Світоглядні засади біоетики базуються на основоположних загальнолюдських цінностях, таких як гуманізм, любов до всіх виявів життя, визнання життя найвищою цінністю. Окреслені засади спираються на тисячолітній багаж філософських і релігійних традицій світових культур, однак століття індустрії й технонауки забуло чи занедбало їх.

Витоки біоетики знаходимо ще в етиці давньогрецького мислителя Гіппократа. З його іменем пов'язано виникнення клятви – урочистої обіцянки перед богами і людьми берегти і зміцнювати життя. У клятві Гіппократа наголошено, що лікар зобов'язаний працювати на благо хворого, не завдавати болю. Не давати ліків, що можуть спричинити смерть, не використовувати свого становища з корисливою метою, не розголошувати таємниць пацієнтів. Отже, етика Гіппократа полягає в пріоритеті життя, здоров'я, блага хворого, служіння йому. Вищезгадані засади і сьогодні не втратили актуальності. Однак, на жаль,

швидкі темпи технологізації, комерціалізації медицини призводять до її дегуманізації, дефіциту співчуття і милосердя. Тому біоетика ставить завдання повернення лікарської справи до своїх витоків, до ідей Гіппократа.

Подальша історія культури містить багато плідних ідей, які можуть поглибити засади біоетики. Наприклад, погляди геніального лікаря, педагога, громадського діяча М. Пирогова – визначного хірурга, патологоанатома, засновника воєнно-польової хірургії, учасника оборони Севастополя 1854 – 1855 років, великого новатора в галузі медицини. Саме йому належить ініціатива організації товариства сестер милосердя, що було першим кроком у створенні Червоного Хреста. Під час Кримської війни М. Пирогов запроваджує сортування хворих у перев'язувальних пунктах на передовій під час воєнних дій, що мало велике позитивне значення. Історія знає чимало істинних лікарів, які весь талант, енергію, сили віддавали служінню людям. Їхнім життєвим кредо можна вважати слова, висічені на пам'ятнику відомому лікареві Ф. Гаазу в Москві: "Спішіть робити добро".

Мета медичної професії – захищати, берегти людське життя і здоров'я. За суттю своєї професії лікар повинен піклуватися про здоров'я кожного пацієнта цілком безпристрасно, незалежно від статі, раси, переконань. На підтвердження дотримання таких поглядів представники II Всесвітнього конгресу з деонтології в Парижі 1967 р. зробили доповнення до клятви Гіппократа: "Клянусь навчатися ціле життя". У Женеві 1949 р. затверджено Міжнародний кодекс лікарської деонтології, у якому виокремлено дві стратегічні вимоги до лікаря: знання й доброзичливе ставлення до людей.

Філософсько-етичні засади біоетики як етики життя можуть ґрунтуватися на етиці благоговіння перед життям А. Швейцера. Мислитель тлумачив етику як безмежну відповідальність за все живе. У його концепції немає поділу на вище і нижче, цінніше і менш цінне. Згідно з глибоко гуманним підходом ученого, будь-який вияв буття, кожен форму життя оголошено священною. Спираючись на фундаментальну християнську заповідь "Не убий!", А. Швейцер поширює її дію не лише на людські взаємини, а й за їхні межі. До сфери моральних стосунків включено рослини, тварин, усі вияви життя в універсумі. Для етики благоговіння характерне усвідомлення самого факту життя як фундаментальної вартості. Благоговіння перед життям розглядають як центральний принцип, що має стати основою етичного відновлення людства, умовою виникнення універсальної етики.

До арсеналу принципів біоетики належать ідеї "етики відповідальності" Г. Йонаса. Мислитель пропонує поширити поняття моральності на різні форми буття, на природу. Таке зміщення акцентів, на його думку, може слугувати ефективним засобом захисту людини розумної від людини діючої. Г. Йонас трансформував кантівський категоричний імператив у новий закон, адекватний новому характерові людської діяльності: "Дій так, щоб наслідки твоєї діяльності були сумісними з підтримкою достеменно людського життя на Землі".

Філософсько-етична концепція українського релігійного мислителя А. Шептицького може доповнити принципи сучасної біоетики ідеями щодо єдності людей як духовних особистостей, глибокої відповідальності за все скоєне перед собою й іншими. Єдність людей мислитель порівнював із окремим організмом,

що живе своїм життям і розвивається за своїми законами. Єдність, як одна з найвищих вартостей християнського буття, пов'язана з ідеєю солідарності людей. На думку А. Шептицького, існує матеріальна фізична солідарність, яка є умовою і зовнішнім виявом духовної солідарності. Усе людство – єдина родина, один організм, одиниця вищого ряду. У жилах людей тече одна кров, усі дихають одним повітрям, спільно споживають продукти землі. Так само щодо духовності всіх людей можна осмислити як єдине сукупне "тіло", для якого заслуги й провини є спільним добром чи злом. Спільною для всіх є доля планети, спільне світло й тепло сонця, одна атмосфера, будь-які зміни в якій неодмінно впливають на всіх людей. Спільними для нас є небезпеки життя, недуги. На підставі цієї фізичної солідарності А. Шептицький виводив закономірність: хвороба одного передається іншому, праця одного стає добром для всіх. Так і в духовному аспекті людство – солідарне, існує "закон спільності заслуг і відповідальностей" . А. Шептицький порівнював аморальність із хімічним отруєнням атмосфери. Людина своїм моральним злом здатна завдати шкоди іншим так, як отруйні викиди впливають на довкілля.

Отже, розглядаючи в межах людської солідарності її фізичну (матеріальну) видозміну, А. Шептицький порушує питання охорони довкілля. Мислитель вважав, що люди є органічною часткою природи, тому не повинні негативними впливами порушувати життєвий баланс на планеті. Ідея духовної (надприродної) солідарності має характер настанови чинити добро, примножувати позитивні надбання. На кожному особистість покладено відповідальність за перемогу добра чи зла на землі. Такі міркування поглиблюють філософські засади біоетики.

Ще одним репрезентантом ідеї гармонійного співжиття людини з природою, всесвітом в українській філософській думці є І. Мірчук. Мислитель переконаний, що задля достойного життя особистості потрібно співвідносити своє буття з іншими. В основі світосприйняття має бути принцип любові до людини і всесвіту. Найвищої досконалості особистість досягає в культурі. На думку І. Мірчука, значення культури – у звільненні людини від самотності, піднесення її до злуки із всесвітом. Людина вже не чує себе невеличкою нікчемною частинкою природи, у ній наростає почуття єдності, глибоке розуміння світу. І. Мірчук писав: "Пробуджується свідомість, що всесвіт – це не випадковий конгломерат без внутрішнього зв'язку, це не хаос поодиноких явищ, – але що універсум – це космос, це свого роду індивідуальність, до якої одиниця мусить себе поставити у певне точно означене відношення". Поняття культури мислитель наповнює ідеєю любові, яка полягає у взаємності. Любов виключає будь-яке приниження й панування, сягає поза межі суто людських взаємин і стосується природи загалом. Виникає глибоке порозуміння між людиною і природою, світом, буттям. Наповнюючи свої міркування екологічною проблематикою, І. Мірчук закликав людство "з культурою" ставитися до природи як до свого друга, ототожнювати себе з довкіллям, обіймати люблячими руками все, що дотепер видавалося таємничим, чужим, ворожим. Акцентування на моральних вимірах культури може доповнити принципи біоетики плідними ідеями.

Американські вчені Т. Бошам і Дж. Чайлдресс запропонували чотири основні принципи біоетики: автономії, не нашкодь, благодіяння, справедливості. Використання цих принципів регулюють відповідні правила: правдивості, приватності, конфіденційності, достовірності, інформованої згоди [12, 94]. Ці принципи вважають сьогодні центральними в біоетиці і застосовують їх не тільки щодо людини, а й до тварин та всіх інших представників живого світу. Варто наголосити, що вказані принципи доповнюють і пристосовують традиційну етику Гіппократа до умов сучасності.

Суть принципу автономії – у повазі до людини як особистості, у визнанні її вільного вибору, права та можливості відігравати визначальну роль у прийнятті рішень стосовно власного благополуччя. Цей принцип стає основним у медичній етиці лише наприкінці ХХ століття, коли піддано сумніву безумовну і виключну компетенцію лікаря у визначенні того, що є благом для пацієнта. Визнання цінності автономії особистості сьогодні настільки важливе, що в деяких ситуаціях благодіяння лікаря всупереч волі й бажанням пацієнта кваліфікують як недопустиме. Тільки тоді, коли особистість робить вільний вибір, можна говорити про відповідальність, застосовувати для оцінки вчинків етичні критерії.

На практиці принцип автономії доповнено правилом інформованої згоди. Це правило допускає, що пацієнт добровільно й усвідомлено дає дозвіл на медичне (чи інше) втручання у своє життя – дозвіл, оснований на розумінні відповідної інформації, яку надає професіонал. Правило інформованої згоди є необхідною умовою забезпечення шанобливого ставлення до людини як до особистості. Це правило розуміють як можливість отримувати найвичерпнішу інформацію про стан здоров'я. До складників поняття інформованої згоди зараховують компетентність, розуміння, добровільність, згоду.

Принцип "роби благо" означає дію на благо інших людей, що відбувається завдяки наявності в людини почуття відповідальності й обов'язку, альтруїзму, любові до ближнього, емпатії (здатності до розуміння й відчуження емоційного стану інших людей, а також до сприйняття їхнього способу мислення). Тут ідеться про емоційне залучення лікаря до процесу надання допомоги, використання не тільки його професійних навичок і знань, а й набутого духовного досвіду.

Принцип "не нашкодь" зобов'язує не завдавати шкоди іншій людині не тільки прямо, безпосередньо, а й побічно.

Принцип справедливості проголошує необхідність і можливість справедливого задоволення потреб людини і розподілу матеріальних і духовних благ.

Правило приватності враховує наявність у пацієнта особистого (інтимного) життя і обов'язком лікаря є невтручання без крайньої потреби до цієї сфери.

Конфіденційність забороняє передавати інформацію, зібрану під час обстеження та лікування пацієнта, третій особі.

Правило дотримання вірності своєму слову і вчинкам – це норма, що конкретизує моральні принципи автономії, справедливості, блага. Воно означає зобов'язання лікаря дотримуватися даного пацієнтові слова, виконувати обіцянки, підтримувати довірливі стосунки й відповідати за їхнє збереження.

Наведені етичні принципи, згідно з міркуваннями дослідників, становлять систему, елементи якої ієрархічно організовані, збалансовані, логічно не суперечливі. Тому їхнє застосування повинно враховувати взаємодію. Особливість біоетики саме в тому, що її принципи діють системно, як смислова та логічна цілісність.

Вищезгадані біоетичні принципи відображено у схваленому на I Національному конгресі з біоетики (Київ, 2001) проекті "Етичного кодексу українського лікаря". Подальше обговорення принципів біоетики відбулося на 2-му Міжнародному симпозиумі з біоетики.

Підсумовуючи, слід зазначити, що принципи біоетики базуються як на філософсько-етичних засадах, так і на практичних біомедичних правилах. Серед важливих принципів – пріоритет життя, здоров'я, блага людини, благоговіння перед життям і відповідальність за нього; уявлення про духовну єдність людей, призначення яких – вносити імперативи добра й мудрості в буття всесвіту. Вищевказані принципи доповнюються практичними ідеями незашкодження людській особистості, її автономії, благодіяння та справедливості.

### **Питання для самоконтролю**

**Самостійна робота:** Психологічні особливості взаємовідносин медичного працівника з пацієнтами алкогольно- та наркозалежними, хворими на СНІД та ВІЛ-інфікованими

### **Питання для самоконтролю:**

1. Як ви розумієте смерть мозку як еквівалент біологічної смерті?
2. Що стало поштовхом для встановлення діагнозу смерті мозку?
3. Що таке трансплантологія?
4. Що таке клонування?
5. Поясніть процес утворення генетично ідентичних клітин?
6. Як ви розумієте перспективу терапевтичного клонування?
7. Як вирішується проблема донорства в розвинених країнах світу?

### **Тестові завдання:**

**1. Біоетика – це поєднання новітніх досягнень біологічної науки і ...**

- А) техніки
- Б) духовності
- В) моральності

**2. Вчений, який написав першу книгу присвячену біоетиці**

- А) Гіппократ
- Б) Ібн Сіна

В) Ван Поттер

**3. Цілісний образ захворювання , що виникає у хворої людини це**

А) Внутрішня картина хвороби

Б) Зовнішня картина хвороби

В) Суміжна картина хвороби

**4. До сенсорного компоненту ВКХ належить:**

А) тривога

Б) страх

В) температура

**5. Анозогнозія це**

А) Нездатність людини розуміти , що вона хвора

Б) Людина перебільшує свою хворобу

В) Ставлення до хвороби

**6.Скільки існує стадій переживання важкої хвороби у часі:**

А) 3

Б) 4

В) 5

**7. Людина розуміє всю тяжкість своєї хвороби, перестає боротися, уникає друзів**

А) Стадія гніву

Б) Стадія депресії

В) Стадія прийняття

**8. Тип відношення до хвороби, коли людина відходить від хвороби поринаючи в роботу**

А) Гармонійний

Б) Апатичний

В) Ергопатичний

**9. Тип відношення до хвороби, коли людина правильно оцінює свій стан**

А) Апатичний

Б) Ергопатичний

В) Гармонійний

**10. агравація – це**

А) свідоме приховання симптомів

Б) перебільшення симптомів

В) свідоме пред»явлення симптомів, з метою отримання користі

**11. Особливості психічного стану пацієнтів залежать від**

А) Віку

Б) Роботи

В) Стадії хвороби

**12. Госпіталізм – це**

А) Оформлення до лікувального закладу

Б) Погіршення стану здоров»я пацієнта під впливом тривалого перебування в лікарні без спілкування з близькими та рідними.

В) Погіршення стану здоров»я пацієнта в зв»язку з неправильним лікуванням.

**13. Хвороба. Спричинена лікарями, медичними працівниками**

А) Інфаркт

Б) Гепатит

В) Ятрогенія

**14. Негативний вплив психотравмуючих факторів на функції внутрішніх органів це реакції**

А) Соматогенні

Б) Психогенні

В) Психо-соматогенні

**15. Сестрогенія – це**

А) порушення викликані необережними словами або діями медсестри

Б) порушення викликані необережними словами або діями лікаря

В) порушення викликані необережними словами медсестри

**16. Умисне позбавлення життя важко-хворого пацієнта на його прохання, або прохання родичів це**

- А) Злочин
- Б) Евтаназія
- В) Аборт

**17. Патологоанатомічна або судово-медична процедура, посмертний розтин чи дослідження тіла, зокрема органів і тканин це**

- А) Евтаназія
- Б) Трансплантація
- В) Аутопсія

**18. Ставлення пацієнта до смерті має стадії:**

- А) заперечення, гнів, торги, депресія, прийняття
- Б) заперечення, гнів, депресія, прийняття
- В) заперечення, торги, депресія, прийняття

**19. Метод розмноження статевороздільних істот (тварин та людей), за допомогою якого у безстатевий спосіб можна отримати новий організм, що буде генетично ідентичним до організму це**

- А) Трансплантація
- Б) Аутопсія
- В) Клонування

**20. Під поняттям сурогатного або «замінного» материнства, мається на увазі**

- А) Коли жінка виношує дитину, зачату двома особами-донорами;
- Б) Коли жінка виношує дитину, зачату з її яйцеклітини та сімені чоловіка, який не є її чоловіком.
- В) Правильно все вище сказане

**Рекомендована література:**

1. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. – К.: Медицина, 2009. С. 140-167.

2. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014.– 258 с.

3. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.

### **Лекція № 13**

**Тема лекції: Особливості психологічного спілкування з пацієнтами в паліативній медицині та в надзвичайних ситуаціях**

#### **Загальні компетентності:**

ЗК. 3. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

#### **Спеціальні компетентності:**

СК. 2. Здатність до вміння задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання), шляхом обстеження, діагностики, планування та виконання медичних втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду та супроводу пацієнта.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.

### **Результати навчання:**

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 7. Застосовувати паліативну компетентність при роботі з пацієнтами, їх оточенням, медичними та соціальними працівниками під час здійснення професійної діяльності.

### **План лекції**

1.

### **Зміст лекції**

**Паліативна медицина** належить до послуг закладів охорони здоров'я, які мають державний сертифікат та ліцензію МОЗ на провадження господарської діяльності

- з медичної практики;
- з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Цей тип медичної допомоги спрямований на покращення якості життя паліативного пацієнта та підтримку членів його родини через запобігання та полегшення страждань термінально хворої людини. Мета **паліативної допомоги** — забезпечення максимально можливої якості життя паліативному пацієнту і членам його родини через вирішення фізичних, психологічних та духовних проблем.

**До сфери паліативного лікування належить:**

- попередження та лікування **хронічного больового синдрому**;
- симптоматична терапія, догляд, психологічна і духовна підтримка пацієнта та його родини.

**Паліативна хоспісна допомога** надається невиліковно хворому пацієнту, починаючи з моменту, коли встановлений діагноз щодо прогресуючого невилікового захворювання.

**До такої допомоги входить:**

- надання адекватного ефективного знеболення
- медикаментозна терапія
- медико-психологічна реабілітація
- хірургічні та інші методи лікування
- догляд за хворим.

**Порядок надання паліативної допомоги**

Наказом Міністерства охорони здоров'я «Про організацію паліативної допомоги в Україні» № 41 від 21.01.2013 затверджено порядок надання паліативної допомоги. Відповідно до нього **паліативна допомога** в Україні повинна бути високоякісною та доступною. Стан пацієнта потрібно контролювати із застосуванням необхідних високоспеціалізованих діагностичних і лікувальних методів при зміні статусу хворого.

**УВАГА!** Наказ МОЗ від 04.06.2020 № 1308 скасував наказ «Про організацію паліативної допомоги в Україні» від 21.01.2013 № 41.

**Паліативну та хоспісну допомогу** надають безоплатно у стаціонарних умовах, амбулаторіях чи вдома за направленням медичного працівника закладу охорони здоров'я. Форма надання допомоги визначається станом пацієнта та його родини.

Щоб мати змогу постійно адекватно контролювати нестерпний біль, при паліативному лікуванні лікар може призначити невиліковно хворому опіодні анальгетики та інші препарати, що містять наркотичні та психотропні речовини, відповідно до вимог чинного законодавства.

Статус паліативного пацієнта призначає лікуючий лікар в момент встановлення діагнозу невилікового прогресуючого захворювання з прогнозованою тривалістю життя.

**Госпіталізація паліативного пацієнта**

**Загальну паліативну допомогу** можна надавати вдома та в закладах охорони здоров'я первинної медичної допомоги.

Якщо пацієнт або його опікуни хочуть госпіталізувати хворого, то лікуючий лікар приймає рішення про госпіталізацію після підписання пацієнтом чи законними представниками інформованої добровільної згоди. Основою для такого рішення є визначений статус невиліковно хворого та неможливість надати паліативну допомогу вдома.

Для виписки пацієнта із закладу охорони здоров'я можливі наступні причини:

- показання для надання спеціалізованої медичної допомоги в іншому закладі охорони здоров'я;
- надання паліативної допомоги вдома;
- власне бажання пацієнта або його законних представників.

### **Спеціалізована паліативна допомога**

**Спеціалізована паліативна допомога** – це комплексна мультидисциплінарна медико-соціальна та психологічна допомога, яка надається невиліковному хворому зі складними потребами, які неможливо вирішити на первинному рівні надання медичної допомоги адекватно у закладах охорони здоров'я особливого типу (відділення хоспісної медицини), у відділеннях та палатах паліативної допомоги стаціонарних лікувально-профілактичних закладів.

Таке лікування проводить команда зі спеціально підготовлених до **надання паліативної допомоги** лікарів та молодших медичних працівників, а також фахівці спеціалізованих багатодисциплінарних мобільних бригад з надання допомоги паліативним пацієнтам, до яких залучаються медичні психологи, соціальні працівники, спеціалісти з надання духовної підтримки та інші фахівці за потребою. Також до лікування долучають волонтерів, найближчих родичів або законних представників пацієнта.

**Спеціалізовану паліативну допомогу надають** удома або ж у закладі охорони здоров'я вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги. Для **паліативного лікування** пацієнтів, хворих на туберкульоз та на ВІЛ/СНІД, створюються відповідні спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади.

### **Надання паліативної допомоги в Україні**

Відповідно до дослідження ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» на початку 2017 року в Україні функціонувало сім хоспісів, два центри надання допомоги паліативним пацієнтам та більше 60 спеціалізованих **відділень паліативної допомоги**. Сукупна кількість ліжок для обслуговування термінально хворих становить близько 1 500.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) встановила стандарт, відповідно до якого необхідний мінімум — 100 ліжок для паліативних хворих на 1 млн. населення, тобто 4 000 стаціонарних ліжок для України.

Якщо керуватися нормами Порядку **надання паліативної допомоги** в Україні, то ліжковий фонд для усіх закладів охорони здоров'я, які працюють з невиліковно хворими, та адміністративно-територіальних одиниць, що обслуговуються цими закладами, визначається відповідно до потреб населення в паліативній допомозі, медико-соціальних, демографічних, географічних та інших особливостей регіону.

Станом на кінець першого півріччя 2017 року найбільше ліжок для паліативних пацієнтів у Харківській (130) та Київській (113) областях. Найбільша кількість стаціонарних відділень у Миколаївській області: 8 відділень з загальною кількістю ліжок – 44. У чотирьох областях України досі **відсутні хоспіси та відділення паліативної допомоги**: Кіровоградська, Одеська, Хмельницька та Чернівецька. Тому з погляду на статистичні дані, нині медична галузь має гостру потребу в сприянні розвитку паліативної допомоги.

### **Законодавство щодо паліативної допомоги в Україні**

У правовому регулюванні надання паліативної допомоги в Україні з 2011 року спостерігається активізація нормотворчого процесу для формування та закріплення відповідного напрямку державної політики у сфері охорони здоров'я. Однак події в Україні 2014-2016 років, на жаль, не лише сповільнили ці процеси, а й додали актуальності питанням паліативної допомоги та медичної реабілітації внаслідок військових дій на сході України, необхідності чіткого визначення: хто такий «паліативний пацієнт», у чому відмінність від поняття «інвалідність» та чим заходи паліативної допомоги та догляду відрізняються від заходів медичної реабілітації як окремого виду медичної допомоги.

З 2014 року Кабінет Міністрів України припинив розробляти нові державні цільові програми та вносити зміни до чинних державних цільових програм, якщо такі зміни потребують додаткового бюджетного фінансування (відповідно до постанови КМУ «Про ефективне використання державних коштів» від 11.10.2016 № 710).

Як наслідок, втратили чинність програми, які хоча б за окремими нозологічними напрямками, такими як онкозахворювання, СНІД і туберкульоз, передбачали заходи з надання паліативної допомоги. Діє лише Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, затверджена Законом України від 20.10.2014 № 1708-VII. Нові програми не розроблено та не затверджено.

2016 року МОЗ за участю громадських організацій та професіоналів у сфері паліативної допомоги розробило проект розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року». Текст цього розпорядження, а також самої Стратегії та Плану заходів щодо її реалізації розмістили на сайті МОЗ для громадського обговорення. Стратегія комплексно враховує питання розвитку паліативної допомоги, які потрібно вивчати та розвивати. Однак коли цей документ набере чинності, наразі невідомо.

Крім того, експерти з питань паліативної допомоги разом із робочими групами МОЗ розробляють проект нової редакції Порядку № 41 та Переліку № 41. Нова редакція відповідатиме європейським стандартам надання паліативної допомоги, рекомендованим Європейською асоціацією паліативної допомоги у Білій книзі стандартів та норм паліативної допомоги у Європі, рекомендаціям Глобального атласу паліативної допомоги в кінці життя від 2014 року та резолюціям Всесвітньої організації охорони здоров'я з питань паліативної допомоги. Також у нових документах мають бути:

- основні принципи надання паліативної допомоги та їх опис;
- розділ щодо організації надання паліативної допомоги дітям;
- організаційні типи закладів та структурних підрозділів, у яких надають паліативну допомогу;
- перелік станів та діагнозів, за яких надають паліативну допомогу дорослим та дітям;
- положення щодо залучення волонтерів та лікарняних капеланів (капеланів у галузі охорони здоров'я);
- форми індивідуального плану спостереження за паліативним пацієнтом.

Нині у робочих групах МОЗ розробляють нові галузеві стандарти у сфері паліативної допомоги: протоколи, стандарти, таблиці матеріально-технічного оснащення. Тому можливо вже найближчим часом нормативно-правову базу у сфері паліативної допомоги суттєво оновлять, а її підходи наблизяться до міжнародних стандартів.

### **Проблеми паліативної медицини на рівні права**

У той час, як програмні документи у сфері паліативної допомоги досі не ухвалили, чинні редакції концептуальних документів, які свого часу були прогресивними та необхідними, вже також потребують змін через те, що гальмують розвиток паліативної допомоги. Нормативно-правове

регулювання у цій сфері «наздоганяє» практику із значним запізненням, а тому не створює середовища для вільного розвитку паліативної допомоги, її удосконалення та, перш за все, доступності для пацієнтів.

Базові положення щодо паліативної допомоги закріплено статтею 354 Основ законодавства про охорону здоров'я. Аналіз цієї статті з урахуванням її застосування на практиці, положень Білої книги стандартів та норм паліативної допомоги у Європі та міжнародного досвіду свідчить про необхідність розробити нову редакцію цієї статті. Вона має закласти підґрунтя для розвитку паліативної допомоги, доступної для пацієнтів, та враховувати соціальні послуги, духовні та психологічні компоненти. При цьому нова редакція статті 354 не має детально встановлювати процедури чи порядки, щоб можна було за необхідності оперативно внести до неї зміни. Це сприятиме розвитку системи паліативної допомоги.

### **ПРАВИЛА паліативної допомоги:**

- Паліативного хворого поміщають в окрему кімнату або виділяють йому місце біля вікна.
- Постіль хворого не має бути занадто м'якою. За необхідності матрац під попереком застеляють клейонкою.
- Простирadlo на ліжку хворого має бути без складок, адже вони призводять до пролежнів. Використовуйте легку шерстяну ковдру, а не ватяну.
- Поруч із ліжком хворого ставлять тумбочку (можна використати табурет або стілець) для ліків, пиття, книг тощо. У голові ліжка ставлять бра, настільну лампу або торшер.
- Аби хворий міг викликати того, хто за ним доглядає, у нього має бути дзвіночок. Замість спеціального дзвіночка можна використати м'яку гумову іграшку зі звуком або порожню склянку з чайною ложкою всередині.
- Якщо хворому важко пити з чашки, йому дають напувалку або соломинки для коктейлів.
- Якщо у хворого нетримання калу та/або сечі, слід використовувати підгузки або пелюшки для дорослих (замість них можна використати шматки старої чистої білизни).

- Натільна білизна хворого має бути зроблена з бавовни, а її защіпки та зав'язки — лише спереду. Заздалегідь підготуйте декілька комплектів такої білизни для зміни.
- Кімнату, в якій перебуває хворий, провітрюють п'ять-шість разів на день по 15-20 хвилин незалежно від погоди. Якщо на вулиці холодно, необхідно закутати хворого чимось теплим.
- У кімнаті, в якій перебуває паліативний хворий, щодня протирають пил і роблять вологе прибирання.
- Дозволяйте хворому дивитися телевизор, слухати радіоприймач або читати, якщо він цього бажає.
- Запитуйте хворого про його бажання та потреби, уважно ставтеся до його прохань. Не нав'язуйте хворому свою думку.
- Не залишайте хворого на самоті, якщо йому стає гірше, особливо вночі. Використовуйте нічник, щоб у кімнаті було світліше.
- Запитуйте хворого, кого він хотів би побачити, та кличте до нього цих осіб. Однак візити друзів та знайомих не можна робити занадто часто, адже це втомлює хворого.
- Використовуйте все, що діє позитивно на хворого, у тому числі масаж. Його може робити як медичний працівник, так і близькі люди.

**Самостійна робота:** Фактори, що впливають на психічні властивості людини. Стрес і здоров'я.

## **Література**

### **Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко

Ст. 8-29

### **Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 8-22

### **Інформаційні ресурси:**

3. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

## **Лекція № 14**

**Тема лекції: Психопрофілактика. Психогігієна. Психічна саморегуляція**

**Мета:**

**Навчальна:**

**Виховна:**

**Загальні компетентності:**

*ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.*

**Спеціальні компетентності:**

*СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.*

**Результати навчання:**

**План лекції**

1. Психогігієна і психопрофілактика. Загальна характеристика.
2. Вікова психогігієна
3. Психогігієна праці і побуту
4. Психогігієна родини
5. Психотерапія

### Зміст лекції

#### **1. Психогігієна та психопрофілактика. Загальна характеристика.**

Психогігієна - наука про забезпечення, збереження і підтримку психічного здоров'я людини. Вона є складовою частиною більш загальної медичної науки про здоров'я людини – гігієни. Специфічною особливістю психогігієни є її тісний зв'язок із клінічною (медичною) психологією, що Мясищевим В.Н. (1969) розглядається як наукову основу психогігієни. У системі психологічних наук, запропонованої Платоновим К.К. (1972), психогігієна включена в медичну психологію.

Елементи психічної гігієни з'явилися в житті людини задовго до того, як відбулася систематична розробка принципів психічної гігієни. Над необхідністю підтримувати власне щиросердечне здоров'я і рівновагу у взаємодії з навколишнім світом задумувалися ще античні мислителі. Саме поняття «психічна гігієна» виникло в ХІХ в., коли американець К. Бирс, будучи багаторічним пацієнтом клініки для душевнохворих, написав у 1908 р. книгу «Душа, що знайшлася знову».

Психогігієна займається дослідженням впливу зовнішнього середовища на психічне здоров'я людини, виділяє шкідливі фактори в природі і суспільстві, на виробництві, у побуті, визначає й організує шляхи і способи подолання несприятливих впливів на психічну сферу. У практиці досягнення психогігієни можуть реалізовуватися шляхом:

- 1) створення для державних і суспільних установ науково обґрунтованих нормативів і рекомендацій, що регламентують умови забезпечення різних видів соціального функціонування людини;
- 2) передачі психогігієнічних знань і навчання психогігієнічним навичкам медичних працівників, педагогів, батьків і інших груп населення, що можуть істотно впливати на психогігієнічну ситуацію в цілому;
- 3) санітарно-просвітньої психогігієнічної роботи серед широких шарів населення, залучення до пропаганди психогігієнічних знань різних громадських організацій.

Існує різноманітна систематика розділів психогігієни, у якій звичайно виділяють особисту (індивідуальну) і суспільну (соціальну) психогігієну. У системі психогігієнічних знань виділяють окремо вікову психогігієну: дитинства, юнацтва, зрілого віку, людей похилого віку. Крім того, виділяють психогігієну розумової і фізичної праці, психогігієну побуту і сімейних відносин. Існує також ряд спеціальних розділів психогігієни праці - психогігієна інженерна, спортивна, військова і т.д.

**Психогігієна виховання.** Бехтерев В.М. (1905) відзначав, що відхилення характеру починаються ще в ранньому віці часто в силу тих чи інших умов

виховання, що вчасно могли бути легко усунуті. Ця точка зору одержала подальший розвиток у роботах вітчизняних психоневрологів. Зокрема, Мясищев В.Н. відзначав, що виховання, що розпещує, і захвалювання сприяють формуванню істеричного характеру, а надмірна вимогливість сприяє становленню психастенічних особливостей особистості. Неправильне виховання часто може сприяти формуванню в дитини психопатичних рис характеру. Кербиков О.В. і Гиндикин В.Я. (1962) на підставі своїх досліджень указували, що гіперопіка і бездоглядність у дитинстві типові для збудливих психопатів. Виховання ж за типом “попелюшки”, тобто без ласки й уваги, при постійних приниженнях, нерідко приводить до порушень сну, що є найважливішою умовою для відпочинку і відновленні сил, і розвитку неврозів. Таким чином, дотримання психогігієнічних норм у процесі виховання є в теж час і психопрофілактикою.

**Психогігієна навчання.** Правильна система навчання забезпечує гармонійний розвиток особистості. Дефекти навчання також можуть сприяти формуванню аномальних рис характеру дітей.

Дуже відповідальним моментом для дитини є перший шкільний рік. Тут він уперше зіштовхується з новими вимогами, незвичним режимом і обов'язками. Легше адаптуються до школи діти, що відвідували підготовчу групу в дитячому саду, чим так називані домашні діти. Правильно підготувати дитини до школи – задача не з легень. Велику допомогу батькам у цьому можуть зробити дитячі лікарі і клінічні (медичні) психологи дитячих поліклінік. Знаючи індивідуальні особливості дітей, вони можуть дати батькам відповідні рекомендації.

**Психогігієна праці і побуту.** Праця, діяльність є органічною потребою людини і при сприятливих умовах – важливим фактором для збереження і зміцнення здоров'я. Рядом досліджень показано, що позбавлення трудової зайнятості, безробіття супроводжуються погіршенням психічного здоров'я і частішанням соматичних хвороб. Працею можна не тільки зміцнити психічне здоров'я, розвинути здатності в здорових людей, але і лікувати хворих. Трудова терапія широко застосовується в психіатричних клініках, де, як і всякий лікувальний вплив, строго дозується відповідно до ваги нервово-психічних розладів.

Грань між розумовою і фізичною працею в сучасному суспільстві має тенденцію до стирання. Однак розходження між розумовою і фізичною працею об'єктивно існують, що дозволяє говорити і про відповідні розділи психогігієни. Лебединський М.С. вважає, що до розумової праці варто відносити “таку розумову роботу, що ведеться у визначеному напрямку, за визначеним планом, для рішення визначених задач, з метою одержання визначеного результату, що має те чи інше суспільне значення”.

Особливо хотілося б зупинитися на психогігієні роботи лікаря. З одного боку, праця медичних працівників розглядається як робота в сфері обслуговування по таких ознаках як невиробничий характер, необхідність постійного спілкування з великим колом осіб. Праця лікаря характеризується значним інтелектуальним навантаженням, вимагає творчого підходу й

особою відповідальності. Це необхідно враховувати як при доборі абітурієнтів у медичні вузи, так і надалі, при виборі лікарської спеціальності. Робота зі створення моделі лікаря вимагає обліку не тільки його посадових і професійних обов'язків, рівня знань, але і визначених особистісних якостей (Данилин Е.Н., 1977). При моделюванні професіограм лікарів різних спеціальностей враховуються такі показники, як обсяг і складність контактів із хворими, їхніми родичами, офіційними особами, задоволеність своєю працею і т.д. Впливає, однак, відзначити, що в діяльності практичних лікарів положення психогієни найчастіше ігноруються в силу як поганої організації праці, так і недостатньої теоретичної підготовки самих лікарів у цій області. Негативним наслідком цієї ситуації є частіше випадків станів хронічної втоми, синдрому "емоційного вигорання", психосоматичної патології серед медичних працівників.

Наступна задача психоневролога на промисловому підприємстві полягає у виявленні ініціальних форм нервово-психічних захворювань і своєчасний напрямок захворюлих на лікування. У її рішенні істотне значення має контакт із лікарями інших спеціальностей, що працюють у фабрично-заводських поліклініках, у першу чергу з терапевтами і невропатологами. Психіатр повинен не тільки проводити спорадичні консультації, але і брати участь у заходах щодо диспансеризації й у вибіркових медичних оглядах облич, що довгостроково працюють у цехах з підвищеною професійною шкідливістю.

**Психогієна родини і сексуальних відносин.** Родина являє собою малу групу, що відрізняється поруч специфічних особливостей. Ці особливості обумовлені сформованими традиціями, відносинами між старшим і молодшим поколіннями, єдністю житла, побуту й інших факторів. Родина може сприяти розкриттю творчих можливостей людини, стимулювати його до корисної чи діяльності скоувати ініціативу, підривати морально. Шлюб виявляється щасливим у тих випадках, коли духовна і фізична близькість складають гармонічну єдність. У розробці психогієнічних проблем родини фахівцями створена концепція, відповідно до якої все різноманіття відносин між чоловіками може бути представлене у формі взаємодії п'яти шлюбних факторів: фізичного фактора, матеріального, культурного, сексуального і психологічного. По визначеній формулі обчислюють так називаний шлюбний потенціал. Якщо переважної є спрямованість шлюбних факторів на зміцненні родини, то шлюбний потенціал виражається позитивною величиною, у протилежному випадку величина виявляється негативною. При негативному шлюбному потенціалі, а це і є ширі сексуальні дисгармонії (дисгамії), порушуються сімейні зв'язки і сексуальні взаємини. При первинно особистісних невідповідностях завжди розбудовується сексуальне життя, і розпад родини настає швидше, ніж це відбувається при первинно сексуальній неузгодженості. Для більш високого рівня сімейної адаптації, гармонічного розвитку сімейних взаємин необхідний достатній рівень розвитку особистості, зрілість суджень і емоційних відносин.

Найбільш діючий шлях до профілактики сімейних конфліктів – ретельна підготовка до шлюбу. Сюди відноситься турбота про стан здоров'я вагітних, боротьба з патологією пологів, забезпечення правильного психофізичного розвитку і виховання дітей, спеціальна підготовка осіб, що вступають у шлюб, діагностична і лікувальна робота у випадках сімейно-сексуальних дисгармоній.

Виховання дітей повинне бути чітко орієнтоване на полоролеве функціонування людини: у хлопчиків заохочується мужність, сміливість, а в дівчинка-жіночність. У протилежному випадку можливі порушення психосексуального розвитку з формуванням неадекватних еротичних установок із закріпленням неадекватних форм сексуального поведіння.

До дійсного часу склалися такі поняття, як сімейна психіатрія і сімейна психотерапія. Порушення внутрисімейних відносин може бути причиною неврозів, сприяти формуванню психопатичних рис характеру в дітей. Обстеження родини і кожного з її членів завершується постановкою сімейного діагнозу. Розпізнавання сімейно-сексуальної дисгармонії виробляється на трьох рівнях: описовому, генетичному і динамічному. Описовий рівень припускає виклад симптомів патології сімейних взаємин (сексуальна невідповідність, сварки, алкоголізм, невротичні розлади, психосоматичні порушення). На генетичному рівні розглядається еволюція подружніх взаємин, розкриваються причини невдач у шлюбі (передчасність шлюбу, випадковість, корисливі мотиви й ін.). На динамічному рівні визначаються стрижневі конфлікти, способи їхнього дозволу, сімейні ролі і їхні перекручування.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВІЗ), вважаючи питання створення родини і сімейної психогієни надзвичайно актуальними, приділяє їм спеціальна увага, розробляє програми, що стосуються планування і створення родини. Відомо, що загальна народжуваність дітей знизилася в зв'язку з появою сучасних методів попередження вагітності. У той же час народжуваність дітей у психічно неповноцінних жінок, навпроти, збільшилася.

### **Психопрофілактика**

Один з основоположників вітчизняної терапії, Мудров М.Я., вважав профілактику хвороб основою діяльності лікаря. “Борг лікаря – взяти у свої руки людей здорових, охороняти їх від хвороб спадкоємних чи загрозливих, наказувати їм належний спосіб життя...тому що легше охоронити від хвороб, ніж їх лікувати”.

**Психопрофілактика** - це розділ загальної профілактики, що включає сукупність заходів, що забезпечують психічне здоров'я, включаючи профілактику особистісних і професійних криз, попередження виникнення і поширення нервово-психічних захворювань.

Виконання психопрофілактичних заходів вимагає наявності в лікаря будь-якого профілю, крім загальної професійної підготовки, спеціальних знань в області клінічної (медичної) психології, психіатрії і психотерапії.

Це особливо важливо, якщо враховувати тісний взаємозв'язок фізичного і щиросердечного здоров'я людини: психічний стан впливає на соматичне здоров'я людини, так само як і соматичні проблеми можуть викликати серйозний емоційний розлад.

У нашій країні прийнята міжнародна класифікація етапів психопрофілактики. По термінології ВІЗ, профілактика поділяється на первинну, вторинну і третинну.

**Первинна психопрофілактика** - це комплекс заходів, спрямованих на попередження шкідливих впливів на людську психіку. На цьому рівні система психопрофілактики складається у вивченні витривалості психіки до впливу шкідливих агентів навколишнього середовища і можливих шляхів збільшення цієї витривалості, а також попередженні психогенних захворювань. Первинна психопрофілактика тісно зв'язана з загальною профілактикою і передбачає комплексну участь у ній великого кола фахівців: соціологів, психологів, фізіологів, гігієністів, лікарів. По суті, це диспансеризація здорового населення зі здійсненням широкого комплексу психогігієнічних заходів, оскільки сприяти виникненню нервово-психічних порушень можуть як несприятливі соціально-психологічні умови існування людини (інформаційні перевантаження, психічна травматизація і мікросоціальні конфлікти, неправильне виховання в дитинстві і т.п.), так і фактори біологічного характеру (соматичні хвороби, травми мозку, інтоксикації, дія шкідливостей у період внутрішньоутробного розвитку, несприятливої спадковості і т.п.).

Особлива роль у здійсненні первинної психопрофілактики приділяється психіатрам, психотерапевтам і клінічним (медичним) психологам, що покликані здійснювати не тільки раннє виявлення нервово-психічних захворювань, але і забезпечувати розробку і впровадження спеціальних психопрофілактичних психотерапевтичних заходів у різних сферах людської діяльності.

**Вторинна психопрофілактика** - це максимально раннє виявлення початкових фаз нервово-психічних захворювань і їх своєчасне (раннє) активне лікування. Вона складається в контролі або попередженні негативних наслідків вже почалося психічного чи захворювання психологічної кризи. Відповідно до рекомендації ВІЗ, під вторинною профілактикою мається на увазі саме лікування. Неякісне, несвоєчасне лікування при нервово-психічних захворюваннях сприяє їх затяжному, хронічному плину.

Успіхи активних методів лікування, особливо досягнення психофармакології, помітно відбилися на ісходах психічних захворювань: підвищилося число випадків практичного видужання, збільшилася виписка хворих із психіатричних лікарень. Однак варто пам'ятати, що вторинна профілактика спрямована не тільки на біологічну основу хвороби, вона вимагає застосування психотерапії і соціотерапії в широкому змісті цих понять.

**Третинна психопрофілактика** - це попередження рецидивів нервово-психічних захворювань і відновлення працездатності людини, яка перенесла

захворювання. Третинна психопрофілактика спрямована на попередження інвалідності при наявності в людини нервово-психічного захворювання. У багатьох випадках для попередження рецидиву психічного захворювання хворим потрібно застосування підтримуючої психофармакотерапії. Наприклад, при різних афективних розладах типу маніакально-депресивного психозу, з успіхом застосовуються з профілактичною метою солі літію. При неврозах головне місце в підтримуючій терапії належить психотерапії і т.д. У будь-якому випадку при попередженні втрати працездатності при нервово-психічних захворюваннях чи професійних і особистісних кризах мова йде звичайно про професійну реабілітацію (пошук для професіонала нових ресурсів у професійній діяльності, можливостей професійного чи росту, у ряді випадків, можливої зміни професії); соціальної адаптації (створення максимальне сприятливих умов для хворої людини при його поверненні в звичне навколишнє середовище) і пошуку шляхів для самоактуалізації особистості (усвідомлення особистістю власних можливостей для поповнення ресурсів росту і розвитку).

**Адаптація** – це здатність людини свідомо відноситися до організму, а також здібність регулювати свої психічні процеси (керувати своїми думками, відчуттями, бажаннями). Існує межа індивідуальної адаптації, але адаптована людина може жити у звичних для нього геосоціальних умовах.

**Реабілітація** (лат. *rehabilitatio* – відновлення в правах) – система медичних, психологічних, педагогічних і соціально-економічних заходів, спрямованих на чи усунення можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності людини, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму.

Основні принципи реабілітації:

- 1) партнерство - постійна апеляція до особистості хворого, погоджені зусилля лікаря і хворого в постановці задач і виборі способів їхнього рішення;
- 2) різнобічність впливів - указує на необхідність використовувати різні заходи впливу від біологічного лікування до різних видів психотерапії і соціотерапії, залучення до відновлення родини хворого, його найближчого оточення;
- 3) єдність психосоціальних і біологічних методів впливу - підкреслює єдність лікування хвороби, впливу на організм і особистість хворого;
- 4) ступінчастість впливів - включає поетапний перехід від одних реабілітаційних мір до інших (наприклад, на початкових етапах хвороби можуть превалювати біологічні методи лікування хвороби, а на етапах видужання психо- і соціотерапевтичні).

У процесі реабілітації виділяють три етапи:

- 1) етап відбудовного лікування (відновлення біомедичного статусу) - лікування в стаціонарі, активна біологічна терапія з включенням психотерапії і соціотерапії, поступовий перехід від режиму, що щадить, до що активізує (за даними експертів ВІЗ у 87% хворих реабілітація закінчується на першому

етапі, коли хворої в результаті чи відновлення повної компенсації порушених функцій повертається до звичайної діяльності).

2) етап чи соціалізації ресоціалізації (відновлення індивідуально-особистісного статусу) – починається в стаціонарі і продовжується у позалікарняних умовах. Це адаптація до родини і мікросоціального оточення з розвитком, формуванням, чи відновленням компенсацією соціальних навичок і функцій, звичайних видів життєдіяльності і соціально-рольових установок індивіда;

3) етап соціальної чи інтеграції реінтеграції (відновлення соціального статусу) – зосереджений на наданні сприяння і створенні умов для чи включення повернення в звичайні умови життя разом і нарівні з іншими членами суспільства (раціональне працевлаштування, нормалізація побутових умов, активне соціальне життя).

Кожний з етапів реабілітації має свої конкретні мети і задачі, відрізняється мірами, засобами і методами реабілітаційного впливу.

Психогігієна визначається як наука про забезпечення, збереженні підтримці психічного здоров'я. Вона є складовою частиною більш загальної медичної науки про здоров'я людини – гігієни.

Психопрофілактика є областю психіатрії, а в більш широкому контексті - розділом загальної профілактики. Вона розробляє і впроваджує в практику заходу для попередження психічних захворювань і їх хронізації, а також сприяє реабілітації психічно хворих.

### Психотерапія

**Психотерапія** – це раціональне і планомірне використання психічних засобів для лікування соматичних, нервових і психічних захворювань.

Психотерапія – є системою комплексного лікувального вербального і невербального впливу на емоції, судження, самосвідомість людини при різних захворюваннях (психічних, нервових, психосоматичних).

Фізіологія психотерапії була описана В.А. Котляровским – вплив словом на II сигнальну систему, а також цілий комплекс впливу на психіку ліками і маніпуляціями.

Основним своїм завданням психотерапія вважає усунення психопатологічної симптоматики, за рахунок чого вважається досягнення внутрішньої та зовнішньої гармонізації особистості.

З поліпшенням психотерапевтичної допомоги зростає проблема залежності хворого від психотерапевта. Психотерапія може приводити до цієї залежності не в меншому ступені, чим інші лікарські засоби. В умовах переважно оплачуваної психотерапевтичної допомоги ця проблема загострюється. Тих, хто вважає, що їм потрібна психотерапія, із тривогою пише Шепард, легше всього експлуатувати: це слабкі, невпевнені, самотні, нервові люди, чий розпач часом настільки великий, що вони готові зробити й оплатити що завгодно, аби поліпшити свій стан. І далі автор пише, що психотерапія — це обмежена професія тих фахівців, хто пройшов відповідну підготовку і бажає дотримуватися належного етичного кодексу.

У процесі лікування психотерапевт може виявитися у визначеній неусвідомленій залежності від пацієнта, оскільки спілкування з ним може підвищувати його самооцінку, сприяти самоствердженню. Одна з професійних хвороб психотерапевта — його бажання виступати в ролі пророка і чарівника; він не завжди враховує границі своїх можливостей. На практиці це приводить до інфантилізації хворого, затягуванню лікування, формуванню, у свою чергу, залежності хворого від лікаря. Прагнення до збереження і підвищення свого особистого і професійного престижу «за рахунок хворих» призводить також до того, що психотерапевт може «пережати» хворобливі аспекти особистості хворого і не приділити належної уваги здоровим, «сильним» її сторонам, що можуть з'явитися опорними крапками на шляху видужання пацієнта. Ціль лікування не в наданні пацієнту механічних чи психічних «протезів», а в забезпеченні його до моменту закінчення психотерапії засобами для самостійної боротьби з труднощами, реалізації своїх життєвих цілей.

Хворий відносно рідко готовий визнати психогенну природу свого захворювання, він приймає це скоріше побічно, самим фактом згоди пройти курс психотерапії. Однак і у випадку, коли пацієнт не заперечує значення психотравмуючих впливів у розвитку його хвороби, визнання їм власної ролі в її виникненні носить дуже обмежений характер. Опір психотерапевтичному контакту і заперечення психічних конфліктів зв'язані з формуванням у свідомості хворого більш престижної в соціальному плані біологічної концепції хвороби. Самі психотравми при цьому виступають як одна з багатьох можливих і рівноцінних екзогеній, що порушують гомеостаз. Більш того, в основі концепції хвороби в багатьох пацієнтів лежить наступна думка: «Я є таким, яким мене зробили причинні і моменти, що привертають, етіопатогенезу, я лише пасивний продукт факторів, що впливають на мене, іграшка в руках об'єктивних обставин, що на мене вплинули». Тому хоча і не впливає, як це робиться в деяких школах з екзистенціальною орієнтацією, приписувати хворим із психогенним розладом почуття провини зобов'язання перед суспільством, цілком доречно жадати від нього посиленої участі в лікувальному процесі: кращого розуміння причинних зв'язків між його хворобою, з одного боку, і життєвими ситуаціями — з іншого, усвідомлення власної ролі в генезі хвороби.

Види психотерапії:

I. Загальна – це комплекс дії психологічних факторів на хворого будь-якого профілю з метою підвищення його сил в боротьбі з хворобою.

II. Приватна (спеціальна):

1. раціональна (індивідуальна)
2. аутогенне тренування (АТ)(індивідуальна, групова)
3. гіпноз(індивідуальна, групова)

Методики спеціальної психотерапії можна розділити також на дві основні групи:

1. Групова

- 1) терапевтичні групи, в яких хворим читаються лекції, а потім обговорюються;
  - 2) групи типу «інтерв'ю» – хворі вільно обговорюють свої проблеми, висловлюють глибоко особисті відомості про себе;
  - 3) трудові групи – спілкування в процесі праці;
  - 4) суспільство «анонімних алкоголіків» – зборів, дискусій;
  - 5) групова терапія з родичами
2. Індивідуально – психологічна. Цей спосіб застосування психотерапії описав А.Адлер. Стосується почуття неповноцінності в особистості, що відірвана від колективу і сприяє поверненню в колектив.

Основні сучасні концепції та принципи психотерапії:

1. Психотерапія є самостійною медико–орієнтованою клінічною дисципліною із своєю генеалогією, історією, сферою пато-нозологічної компетенції та терапевтичним арсеналом;
2. До компетенції психотерапії входить розробка та вивчення теорії та практики клініки, психотехнічного арсеналу, теорії здорової та патологічної психіки, теорій особистості та аутодисциплінарно – ідентифікаційної теорії;
3. Предмет психотерапії: психотерапевтична феноменологія; клінічні психотерапевтичні ефект–синдроми і психотехнічні шляхи їх досягнення (загальна психотерапія); патонозологічні форми та патологія психічної сфери, яка підлягає психотерапевтичній корекції (клінічна психотерапія); вторинні нозосиндромальні психопатологічні форми при непсихічних захворюваннях (психотерапія в клініці) та соціальні і соціальні доповнення (спеціальна і соціальна психотерапія);
4. Психотерапія тісно пов'язана з психіатрією, психоневрологією та медичною психологією;
5. Діагностика в психотерапії, яка базується на уявленнях про клінічні ефект–синдроми, відрізняється специфікою та потребує формулювання спеціального психотерапевтичного діагнозу.

#### *Аутогенне тренування*

*Аутогенне тренування* (від греч. autos - сам, genos - походження) - активний метод психотерапії, психопрофілактики і психогігієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини, порушеного в результаті стресового впливу. Основними елементами методики є тренування м'язової релаксації, самонавіяння і самовиховання (аутодидактика). Активність аутогенного тренування протистоїть деяким негативним сторонам гіпнотерапії в її класичній моделі — пасивному відношенню хворого до процесу лікування, залежності від лікаря.

Методика проведення аутогенного тренування.

Виділяють дві ступіні аутогенного тренування (по Шульцу):

1) нижча ступінь — навчання релаксації за допомогою вправ, спрямованих на викликання відчуття ваги, тепла, на оволодіння ритмом серцевої діяльності і подихи; 2) вища ступінь — аутогенна медитація — створення трансових станів різного рівня.

Нижчу ступінь аутогенного тренування складають шість стандартних вправ, що виконуються пацієнтами в одній із трьох поз: 1) положення сидячи, «поза кучерів» — що тренується сидить на стільці зі злегка опущеною вперед головою, кисті і передпліччя лежать вільно на передній поверхні стегон, ноги вільно розставлені; 2) положення лежачи — що тренується лежить на спині, голова спочиває на низькій подушці, руки, трохи зігнуті в ліктьовому суглобі, вільно лежать уздовж тулуба долонями вниз; 3) положення напівлежачи — той хто тренується вільно сидить у кріслі, спираючись на спинку, руки на передній поверхні чи стегон на підлокітниках, ноги вільно розставлені. В усіх трьох положеннях досягається повна розслабленість, для кращої зосередженості ока закриті.

Вправи виконуються шляхом уявного повторення (5 — 6 разів) відповідних формул самонавіяння, що підказуються керівником тренування. Кожне зі стандартних вправ випереджається формулою-метою: «Я зовсім спокійний».

Перша вправа. Викликання відчуття ваги в руках і ногах, що супроводжується розслабленням поперечносмугастої мускулатури. Формули: «Права рука зовсім важка», потім «Ліва рука зовсім важка» і «Обидві руки зовсім важкі». Такої ж формули для ніг. Остаточна формула: «Руки і ноги зовсім важкі».

Друга вправа. Викликання відчуття тепла в руках і ногах з метою оволодіння регуляцією судинною іннервацією кінцівок. Формули: «Права (ліва) рука зовсім тепла», потім «Руки зовсім теплі», ті ж формули для ніг. Остаточна формула: «Руки і ноги зовсім важкі і теплі».

Третя вправа. Регуляція ритму серцевих скорочень. Формула: «Серце б'ється сильно і рівно».

Четверта вправа. Нормалізація і регуляція дихального ритму. Формула: «Дихаю зовсім спокійно».

П'ята вправа. Викликання відчуття тепла в області черевної порожнини. Формула: «Мое сонячне сплетення випромінює тепло».

Шоста вправа. Викликання відчуття прохолоді в області чола з метою запобігання й ослаблення головних болів судинного генезу. Формула: «Мое чоло приємно прохолодне».

Показником засвоєння чергової вправи є генералізація відчуттів. Наприклад, вправа по вселянню тепла в кінцівках вважається засвоєним тоді, коли тепло починає розливатися по всьому тілу. На засвоєння кожної вправи іде два тижні. Весь курс аутогенного тренування- триває біля трьох місяців. Звичайно заняття проводяться в групах 1—2 рази в тиждень під керівництвом психотерапевта; тривалість заняття 15 — 20 хв. Велика увага приділяється самостійним тренуванням пацієнтів, що проводяться двічі в день (ранком, перед тим як устати, і ввечері, перед сном), причому, як правило, пацієнти ведуть щоденники, де описують відчуття, випробовувані ними під час занять.

Застосування, ускладнення та протипоказання аутогенного тренування.

Аутогенне тренування (АТ) найбільш ефективно при лікуванні неврозів та соматоформних розладів, порушення адаптації та психосоматичних захворюваннях.

Кращі результати спостерігаються при лікуванні тих захворювань, прояви яких пов'язані з емоційною напругою, спазмом гладкої мускулатури, при цьому симпатичний ефект ніж парасимпатичний.

Відмічається гарний результат при бронхіальній астмі, у ініціальному періоді гіпертонічної хвороби та облітеруючого едоартеріїта, при диспное, езофагоспазмі, стенокардії, спастичних болях у шлунково-кишковому тракті, виразковій хворобі.

АТ включається до комплексного лікування алкоголізму та наркоманії, для усунення абстинентного синдрому і формування антитоксикоманічної установки.

Успішне зняття емоційної напруги та тривоги за допомогою АТ виправдовує його включення до методик психопрофілактики болю при пологах.

*Протипоказання* для АТ є стани неясної свідомості та марення, особливо марення відношення та переслідування. Не рекомендовано АТ під час гострих соматичних нападів та вегетативних кризів.

**Самостійна робота:** Гіпноз, стадії та методи гіпнотерапії. Як зберегти психічне здоров'я.

## **Література**

### **Основна:**

Губенко, І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко

Ст. 8-29

### **Додаткова:**

Основи загальної і медичної психології / за ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.

Ст. 8-22

### **Інформаційні ресурси:**

4. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

## **Лекція № 15**

**Тема лекції:** Основні принципи та поняття про медичну етику та деонтологію. Професійна поведінка медичної сестри. Етичні категорії. Етичний кодекс медичної сестри України

### **Загальні компетентності:**

ЗК. 1. Здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні.

ЗК. 3. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

### **Спеціальні компетентності:**

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 2. Здатність до вміння задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання), шляхом обстеження, діагностики, планування та виконання медичних втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду та супроводу пацієнта.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.

### **Результати навчання:**

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 7. Застосовувати паліативну компетентність при роботі з пацієнтами, їх оточенням, медичними та соціальними працівниками під час здійснення професійної діяльності.

### **План лекції**

1. Історія етичних концепцій та вчень.
2. Поняття про медичну етику, її основні завдання.
3. Професійна поведінка медичної сестри.

### **Зміст лекції**

#### **1. Історія етичних концепцій і вчень.**

**Етика** (грец. *ethos* - звичай, характер, система норм поведінки) — одна з найдавніших теоретичних дисциплін, об'єктом вивчення якої є принципи, цінності та норми поведінки. Етика є ніби розмірковуванням про мораль.

Етика, без сумніву, відображає духовні настанови людства, і в цьому сенсі етичним повчанням є Євангеліє, Більшість релігій вчать, що для того,

щоб жити у відповідності з волею Бога, люди повинні цінувати життя й не руйнувати ЙОГО навмисне.

**Мораль** (лат. *mores* - звичай) — це сукупність історично зумовлених правил, норм, звичаїв, принципів співжиття та поведінки людей; їхні відносини в процесі виробництва матеріальних і духовних цінностей, що визначають обов'язки один щодо одного, до соціальних груп, верств, класів, до суспільства і виконання яких ґрунтується на громадській думці. Іншими словами, мораль — це принципи, цінності та норми поведінки, яких дотримуються люди.

Мораль полягає в тому, щоб здійснювати дії, які є правильними за своєю суттю, й уникати неправильних — обману, несправедливості, жорстокості тощо.

Мораль — одна з форм громадської свідомості. У поняттях моралі ми співвідносимо свій індивідуальний досвід із сенсом життя, з громадським призначенням людини. Уміння виділяти моральний сенс у явищах, подіях нашого життя, уміння підпорядковувати свою поведінку моральним законам — в цьому суть морального розвитку особистості.

Дотримання моральних норм забезпечується силою громадського впливу, традиціями та власними переконаннями людини. Мораль і етика дають змогу науково обґрунтувати ту чи іншу моральну систему розуміння добра і зла, совісті, честі, справедливості. Медична етика вивчає особливості виникнення й розвитку професійної моралі медичного працівника, розкриває моральну цінність медичної праці, значення гуманності у виконанні професійного обов'язку, в боротьбі за здоров'я людини. Все це визначає обсяг вимог, які висуваються до моралі медичного працівника.

Ще Гіппократ говорив, що людина, яка присвятила себе медицині, повинна бути безкорисливою, скромною, спокійною, володіти здоровим розумом, уникати шарлатанства, нестриманості, ненаситної зажерливості.

У моральному образі медичного працівника мають переважати такі особистісні якості, як стриманість, витримка, уміння володіти собою в найскладніших і навіть непередбачуваних ситуаціях. Він має дорожити своєю найгуманнішою професією, уміти достойно поводити себе в колективі, проявляти тонкий професійний такт. Тільки в умовах колективної праці у медичних працівників формуються позитивні моральні якості, а їх моральна свідомість набуває усвідомленого, ділового характеру.

Таким чином, моральний образ медичного працівника формується в процесі виховання в медика низки основних моральних і ділових якостей. До них належить гуманне відношення до людей, правдивість і чесність, моральна чистота, простота й скромність в громадському та особистому

житті, глибоке усвідомлення громадського обов'язку, добросовісність і самовідданість у праці, велике терпіння й витримка, любов до своєї професії, до хворої людини. Вінцем усіх цих моральних якостей має бути патріотизм, любов до своєї Батьківщини.

## **2.Поняття про медичну етику, її основні завдання.**

Медична етика включає в себе сукупність норм поведінки та моралі, визначає почуття професійного обов'язку, честі, совісті й гідності медичних працівників. Немає іншої такої професії, яку можна було б порівняти з медичною за ступенем відповідальності за здоров'я і долю хворої людини. Принципи загальної й професійної етики взаємно доповнюють один одного. Таким чином, мораль, етика, людина — це органічне триєдинство, що є найвагомим соціальним орієнтиром у становищі суспільства й особистості.

У нашій державі існує нерозривний зв'язок між морально-етичним і правовим регулюванням діяльності медичних працівників. При цьому слід ураховувати) що деякі моральні норми медичної діяльності отримали силу закону (лікарська таємниця).

Взаємозв'язок морально-етичного й правового регулювання діяльності медичних працівників підтверджується повсякденною практикою органів охорони здоров'я. Аналіз скарг на незадовільне медичне обслуговування показує, що більшість їх пов'язана з недотриманням медичної етики, тобто обумовлена морально-етичними аспектами діяльності медичних працівників. Нерідко фельдшери, акушерки, медичні сестри першими зустрічають пацієнтів, при необхідності надають їм невідкладну долікарську медичну допомогу, забезпечують спостереження та догляд за пацієнтами, проводять профілактичні заходи. Виконання всіх професійних обов'язків вимагає від них міцних професійних знань і вмінь, але разом з тим і постійного застосування на практиці основних морально-етичних положень, які допомагають медичним працівникам уміло будувати свої взаємовідносини з колегами, пацієнтами та їх рідними, а також чітко уявляти свою відповідальну місію в системі охорони здоров'я

Своє практичне вираження етика медичного працівника знаходить у конкретних моральних принципах, які визначають його відношення до хворої людини в процесі спілкування з нею, її рідними та ін. Увесь цей моральний комплекс прийнято визначати терміном "*деонтологія*", який походить від грецького "*(deon*" — обов'язок і "*logos*" — наука. Таким чином, **деонтологія** - це сукупність етичних норм, необхідних медичним працівникам для виконання своїх професійних обов'язків. Іншими словами, деонтологія — це практичне втілення морально-етичних принципів у

діяльність лікарів, молодшого медичного персоналу. Вона направлена на створення максимально сприятливих умов для ефективного лікування хворих. Якщо клінічні дисципліни (хірургічні хвороби, внутрішні хвороби та ін.) навчають тому, як потрібно лікувати пацієнта, щоб відновити його здоров'я, то деонтологія навчає, як потрібно поводити себе з хворим, щоб застосовані лікувальні методи й засоби виявили найбільш ефективну дію, а перебування пацієнта в лікувальному закладі було не лише корисним для нього, а й найменш обтяжливим.

Дотримання деонтологічних вимог однаково обов'язкове для медичних працівників усіх категорій, але є особливо важливим для молодших медичних працівників як загону найчисленнішого та вельми відповідального за реалізацію лікувально-діагностичних і профілактичних призначень лікарів.

Медична деонтологія — це наука не лише про високий професійний обов'язок медичного працівника по відношенню до пацієнта. Предметом медичної деонтології є також особистість медичного працівника, основні риси якої можуть і мають бути важливим лікувальним чинником у стінах медичного закладу. Причому особистісні риси медичного працівника є не спадковими, а набутими шляхом тривалої наполегливої виховної роботи.

Виділяють три основні групи особистісних рис медичної сестри, які значною мірою характеризують моральні, естетичні та інтелектуальні сторони її особистості.

До **моральних** рис особистості медичної сестри належать: чуйність, витриманість, терпіння, ввічливість, привітність, чесність, добротність, ніжність, ласка, співчуття та почуття власної гідності.

**Естетичні** риси: скромність, простота, охайність, уміння створити святкову обстановку в лікувальному закладі.

**Інтелектуальні** риси: професійна ерудиція, спостережливість, здатність до логічного осмислення діагностичних і лікувальних маніпуляцій.

Природно, що названі риси особистості медичної сестри мають професійний характер і визначаються необхідністю повсякденного спілкування із співробітниками, а також зі здоровими людьми і пацієнтами. Вони значною мірою перекликаються зі змістом категорій медичної етики. Слід підкреслити лише деякі професійні особливості окремих особистісних рис медичної сестри, володіння якими є необхідним в роботі.

**Витриманість** медичної сестри потрібна у всіх випадках трудового життя, у спілкуванні із співробітниками, пацієнтами та їх рідними. Витриманість перегукується із **ввічливістю**, яка передбачає звертання до співробітників і пацієнтів на "Ви" та на ім'я й по батькові, уміння в прийнятній формі зробити

зауваження колезі. Ввічлива медична сестра не підвищує голос на колегу, не вимагає виправлення якихось допущених ним недоробок, а скоріш допоможе сама. Вона вміє бути привітною як до співпрацівників, так і до пацієнтів і їх рідних. Завжди приємно, коли медичні працівники вітають один одного зі святами, днем народження та іншими важливими подіями в громадському та особистому житті. Неввічливість і непривітність у колективі породжує недовіру, натягнуті стосунки, що травмує психіку співробітників і пацієнтів.

Медичній сестрі мають бути притаманні *терпіння* та *доброзичливість*. Потрібно навчитися терпеливо вислуховувати розпорядження та призначення лікаря або старшої медичної сестри, особливо якщо це стосується маловідомих медичних маніпуляцій або зауважень щодо недоліків, виявлених іншими працівниками.

*Чесність* — невід'ємна риса особистості медичної сестри, яка має проявлятися в усьому та завжди, чи це стосується помилки, допущеної у веденні медичних документів, або під час виконання лікарських призначень, чи це стосується взаємовідносин медичних працівників.

*Співпереживання* медичної сестри полягає в її здатності чітко уявляти собі страждання пацієнта і душевно співпереживати їм. Нікому не властиво відчувати чужий біль, але розуміти його, відгукуватись реальною допомогою та людською участю повинен уміти кожний медичний працівник. Медична сестра повинна зберігати в розмові помірність тону, витримку, завжди залишатись *тактовною*. Сестра, яка має належний такт, постійно буде користуватись довірою співробітників і пацієнтів.

Виявляючи по відношенню до співробітників і пацієнтів чуйність, душевність, ніжність і ласку, медична сестра разом з тим повинна зберігати *почуття власної гідності*. Ніколи не слід забувати, що між медичною сестрою та пацієнтами завжди має залишатись відповідна дистанція, переступати межу якої не дозволено нікому.

Таким чином, якщо медична сестра хоче будувати взаємовідносини зі своїми колегами та пацієнтами відповідно до вимог медичної деонтології, вона зобов'язана в порядку виховання та самовиховання набути необхідних деонтологічних рис, суворо ними керуватися та намагатись довести їх виконання до автоматизму. Так само, як хірург або операційна сестра, працюючи в асептичних умовах, ніколи не доторкнуться стерильною рукою до сторонніх предметів, так і медична сестра в спілкуванні з медичними працівниками або пацієнтами не повинна допускати *грубості*, *черствості*, *неввічливості* та інших негативних якостей, які б йшли в розріз із вимогами медичної деонтології. У медичному середовищі не повинні допускатися навіть окремі випадки *бездушності*.

В етиці взаємовідносин медичних працівників між собою важливе значення мають естетичні риси особистості. Вони, як і моральні, відображають особливості та специфіку медичної професії, де все є важливим і все є потрібним.

*"Скромність прикрашає людину"* — це мудре народне прислів'я стосується кожної людини. Але для медичної сестри, яка в силу професійного обов'язку постійно спілкується з пацієнтами різного віку та статі, що перебувають в стані різної тяжкості, скромність є вкрай необхідною. Медична сестра не повинна хизуватися своїми знаннями та вміннями, але повинна чітко виконувати покладені на неї обов'язки. Їй не слід відпускати процедуру, в успішному завершенні якої вона не впевнена. Бути скромною — не означає залишатись безініціативною, відходити від засвоєння нових методів діагностики та лікування, уникати спілкування з пацієнтами і співробітниками. Ця якість вимагає постійної роботи над собою, аби зі знанням справи в будь-який час прийти на допомогу пацієнту, не очікуючи за це якоїсь винагороди.

*Простота* людини зазвичай характеризує високий рівень вихованості, інтелігентності. Вона ніколи не була аналогом спрощення, панібратства та фамільярності. Добре, якщо медична сестра є простою в спілкуванні з колегами і пацієнтами, діловитою в роботі та скромною в поведінці. Дуже важливо, щоб простота й скромність поєднувались з *охайністю* медичної сестри. Ця риса має проявлятися у всьому. Це й медичний порядок на посту, в процедурній, в перев'язувальній, в операційній, де кожний предмет повинен мати своє відповідне місце. Це також акуратне утримування та ведення медичної документації. Виконання будь-якої, навіть трудоємкої процедури, не повинно призводити до забруднення натільної, постільної білизни та оточуючих предметів. Нарешті, потрібна особиста чистоплотність медичної сестри, яка б заслуговувала наслідування.

### **3.Професійна поведінка медичної сестри.**

Інтелектуальні риси медичної сестри передбачають *високу професійну ерудицію, спостережливість, здатність до логічного осмислення захворювань, а також діагностичних і лікувальних маніпуляцій і процедур*. Медична сестра має відповідну медичну освіту і для неї *недопустимим є механічне виконання призначень лікаря*. Рівень її професійної підготовки дає змогу розуміти основи етіології та патогенезу захворювань, розбиратись у принципах механізмів дії лікувальних препаратів, фізіотерапевтичних та інших процедур, турбуватися про психотерапевтичну дію як лікарняної обстановки, так і медичного колективу. Медична сестра повинна багато знати, щоб брати активну участь у лікувальному процесі, багато вміти, щоб приносити

максимальну користь пацієнту, бути чуйною, уважною та доброю як по відношенню до пацієнтів, так і до їх рідних. А все це потребує немало сил і психічного напруження.

Таким чином, особистісні риси медичної сестри є важливою основою розпитку деонтологічно обґрунтованих, професійно грамотних взаємовідносин з іншими медичними працівниками, пацієнтами та їх рідними. Тому для їх прищеплення необхідно використовувати усі форми виховної роботи, включаючи розумне, наполегливе самовиховання.

В зв'язку зі своїми професійними обов'язками медична сестра більшу частину свого робочого часу спілкується з пацієнтами, вона в будь-який час спостерігає за їх станом здоров'я, здійснює догляд, виконує призначення лікаря. Уже в самій назві посади "медична сестра", а в минулому — "сестра милосердя" закладено значний моральний зміст. Будучи серед медичного персоналу найближчою для пацієнта особою, медична сестра своїми знаннями й майстерністю, участю в його переживаннях і уважністю при виконанні лікарських призначень, проявом гуманізму та усвідомленим виконанням професійного обов'язку вносить неоціненний вклад у відновлення здоров'я пацієнтів.

Медичній сестрі пацієнти довіряють таємниці своєї хвороби, особистого та навіть інтимного життя, тому вимоги суворого дотримання деонтологічних норм і високої санітарної культури в роботі з пацієнтами є обов'язковою та дуже відповідальною стороною її діяльності.

У медичному колективі необхідно враховувати індивідуальні, характерологічні риси кожного співробітника: знаючи його позитивні сторони, уміло використовувати їх у повсякденній діяльності. Поряд з цим, необхідно намагатись, щоб загострені риси характеру окремих медичних працівників не впливали на виробничий процес, на стан ділових взаємовідносин між співробітниками колективу.

В останні роки медичну деонтологію прийнято називати душею медицини, а іноді — наукою про високу культуру медичного обслуговування здорових і хворих. Деонтологія і культура обслуговування пацієнтів доповнюють одна одну, роблять працю медичних працівників професійно грамотною, для охорони здоров'я — потрібною, а для пацієнтів — приємною та корисною. Тому знання й повсякденне впровадження в практику закладів охорони здоров'я принципів і норм медичної етики та деонтології є вельми важливим професійним завданням медичних працівників.

Незалежно від того, де трудиться медичний працівник, можна виділити два основних аспекти при розгляді проблеми етики його поведінки:

- **дотримання правил внутрішньої культури поведінки:** відношення до

праці, дотримання дисципліни, бережливе ставлення до суспільного надбання, дружелюбність і відчуття колегіальності;

• **дотримання правил зовнішньої культури поведінки:** пристойність, уміння поводитися, смак і відповідний зовнішній вигляд (зовнішня охайність, необхідність стежити за чистотою свого тіла, одягу, взуття, відсутність надмірних прикрас і косметики, бездоганний спецодяг тощо).

Усі ці складники створюють медичний етикет. До правил зовнішньої культури належать також привітність і вміння спілкуватися з колегами та пацієнтами відповідно до обставин.

Однією з вимог зовнішньої культури поведінки є взаємна ввічливість. Це передусім необхідність вітання один одного, не виявляючи при цьому фамільярності. Молода медична сестра, вітаючи літню людину або особу, вищу за посадою, або проводячи з ними бесіду, повинна встати. Дуже важливо бути витриманим і тактовним, володіти собою і зважати на бажання інших. Розмовляючи з колегою, особливо старшим за віком, потрібно вислухати співбесідника, а потім, якщо в цьому є потреба, спокійно заперечити, але без грубощів і особистого невдоволення, тому що це не сприяє вирішенню питань, а свідчить про безтактність і нестриманість. Безпардонною та недоречною є голосна розмова в медичних закладах, не кажучи вже про з'ясування особистих стосунків. Уміння цінувати свій і чужий час є свідченням внутрішньої зібраності та дисциплінованості. У роботі медичних сестер не повинно бути формалізму та безвідповідальності.

### **Практичні поради:**

1. Треба виховувати в собі терплячість, уважність, чуйність. Професійний такт, що спрямовані на пацієнта.

2. Не можна звикати до страждань хворого. Емоційна байдужість несумісна з вашою професією.

3. Необхідно плекати співчуття як по відношенню до пацієнтів та їх рідних, так і до колег.

4. Потрібно цікавитися моральним станом колег, допомогати людям. Що оточують вас.

5. У своєму колективі вивчайте і враховувати індивідуальні, характерологічні риси кожного співробітника: знаючи його позитивні сторони, уміло використовувати їх у повсякденній діяльності. Поряд з цим, необхідно намагатись, щоб загострені риси характеру окремих медичних працівників не впливали на виробничий процес, на стан ділових взаємовідносин між співробітниками колективу.

## **Самостійна робота: Сучасні етико-нормативні документи.**

### **Етика взаємовідносин медичної сестри в лікувально-профілактичних закладах різного профілю.**

#### **Питання для самоконтролю:**

1. Дайте визначення терміна «етика».
2. Дайте визначення терміна «мораль».
3. У чому виявляється суть морального розвитку людини?
4. Що вивчає медична етика?
5. Якою за висловом Гіппократа має бути людина, яка присвятила себе медицині?
6. Які особистісні риси мають переважати в моральному образі медичного працівника?
7. Які основні моральні та ділові якості повинна виховувати в собі медична сестра?
8. Що таке медична деонтологія?
9. Назвіть та охарактеризуйте основні групи особистісних рис медичної сестри.
10. Назвіть і охарактеризуйте моральні риси особистості медичної сестри.
11. Назвіть і охарактеризуйте естетичні риси особистості медичної сестри.
12. Назвіть і охарактеризуйте інтелектуальні риси особистості медичної сестри.
13. Чого не повинна допускати медична сестра при спілкуванні з пацієнтами, колегами.
14. Які правила слід віднести до внутрішньої культури поведінки медичного працівника?
15. Які правила слід віднести до зовнішньої культури поведінки медичного працівника?

#### **Тести № 1**

##### **1. Етика з'явилася за часів:**

- А) в період первісно-общинного ладу;
- Б) в період рабовласництва;
- В) в епоху розпаду родового ладу і становлення рабовласництва;
- Г) в епоху занепаду рабовласництва.

**2. У вченнях якого народу присутній вислів: «Лікар повинен бути високоморальною особистістю, проявляти до своїх пацієнтів співпереживання!, бути терплячим і спокійним, ніколи не втрачати самовладання»:**

- А) китайців;

- Б) українців;
- В) японців;
- Г) індусів.

**3. Бажаючий стати лікарем мав позбутися всіляких пристрастей:**

- А) ненависті, хитрості, користолюбства;
- Б) ненависті, хитрості;
- В) хитрості, користолюбства;
- Г) ненависті, хитрості, користолюбства.

**4. У вченнях якого народу присутній вислів: «Медицина не може врятувати від смерті, але вона в змозі продовжити життя й укріпити державу та народи своїми порадами»:**

- А) українців;
- Б) китайців;
- В) індусів;
- Г) римлян.

**5. Що складають студенти-медики, коли вступають на навчання:**

- А) клятву Аполона;
- Б) клятву Ф.Найтінгейл;
- В) клятву Гіпократата;
- Г) обіцяють гарно вчитися.

**6. Основні положення фахової медичної етики Гіппократа такі:**

А) повага до життя, заборона на заподіяння шкоди хворому, повага до особистості хворого, лікарська таємниця, повага до професії;

Б) повага до життя, заборона на заподіяння шкоди хворому, повага до особистості хворого, повага до професії;

В) повага до життя, заборона на заподіяння шкоди хворому, лікарська таємниця, повага до професії;

Г) повага до життя, заборона на заподіяння шкоди хворому, повага до особистості хворого.

**7. У якому році і де саме була створена перша школа медичних сестер України:**

- А) в 1937 р. у Львові;
- Б) в 1895 р. у Львові;
- В) в 1937р. у Києві ;
- Г) 1895 р. у Харкові.

**8. На початку Кримської війни (1853 р.) М.І. Пирогов організував:**

- А) загін сестер милосердя;
- Б) загін медичних добровольців;
- В) школу сестер милосердя.

**9. Кому належить вислів: «Всі народи повинні зробити все, що від них залежить, для того, щоб унеможливити таке прокляття, як війна»:**

- А) Гіппократу;
- Б) Арістотелю;
- В) М.Пирогову;
- Г) Ф. Найтінгейл.

**10. Основоположник вітчизняної клінічної медицини:**

- А) М.Пирогов;
- Б) Я.Мудров;
- В) Д.Самойлович;
- Г) Ф.Гааз.

**11. Кого іменували святим доктором, за те, що він залишав бідним хворим, гроші під подушкою:**

- А) Ф.Гааза;
- Б) Д.Самойловича;
- В) Т.Яновського
- Г) Л.Орловського

**12. Щоб виправдати довіру своїх пацієнтів, кожний медичний працівник повинен усвідомлено використовувати відповідні знання з питань**

А) професійної етики і деонтології;

Б) професійної етики;

В) професійної деонтології;

Г) професійної етики і деонтології, уміти будувати свої відносини з пацієнтами та їх рідними, а також з колегами на правильній морально - психологічній основі.

**13. Одна з найдавніших теоретичних дисциплін, об'єктом вивчення якої є принципи, цінності та норми поведінки це**

А) деонтологія;

Б) етика;

В) мораль;

Г) етика і деонтологія.

**14. Мораль це**

А) Одна з найдавніших теоретичних дисциплін, об'єктом вивчення якої є принципи, цінності та норми поведінки;

Б) сукупність історично зумовлених правил, норм, звичаїв, принципів співжиття та поведінки людей;

В) сукупність етичних норм, необхідних медичним працівникам для виконання своїх професійних обов'язків.

**15. Ще Гіппократ говорив, що людина, яка присвятила себе медицині, повинна бути:**

А) безкорисливою, скромною, спокійною, володіти здоровим розумом, уникати нестриманості, ненаситної зажерливості;

Б) безкорисливою, скромною, спокійною, володіти здоровим розумом, уникати шарлатанства, ненаситної зажерливості;

В) безкорисливою, скромною, володіти здоровим розумом, уникати шарлатанства, нестриманості, ненаситної зажерливості;

Г) безкорисливою, скромною, спокійною, володіти здоровим розумом, уникати шарлатанства, нестриманості, ненаситної зажерливості.

**16. У нашій державі існує нерозривний зв'язок між морально-етичним і ..... регулюванням діяльності медичних працівників:**

- А) державним;
- Б) освітнім;
- В) правовим;
- Г) адміністративним.

**17. Медична деонтологія — це**

А) наука не лише про високий професійний обов'язок медичного працівника по відношенню до пацієнта;

Б) наука про високий професійний обов'язок медичного працівника по відношенню до пацієнта;

В) наука про професійний обов'язок медичного працівника по відношенню до пацієнта;

Г) наука не лише про високий професійний обов'язок медичного працівника по відношенню до пацієнта;

**18. Скільки є груп особистісних рис медичної сестри:**

- А) 2
- Б) 3
- В) 4
- Г) 6

**19. До якої групи належать такі риси медичної сестри: чуйність, витриманість, терпіння, ввічливість, привітність, честність, добротність, співчуття та почуття власної гідності:**

- А) естетичні;
- Б) інтелектуальні
- В) моральні
- Г) фізіологічні

**20. Медична сестра прийшла на чергування : волосся розпущене, нігті довгі, червоного кольору, яскравий макіяж, які особистісні риси медичної сестри тут зображені:**

А) моральні;

Б) інтелектуальні;

В) естетичні.

**21. Медична сестра після виконання лікарського призначення, побачила, що стан пацієнта погіршився, вона негайно повідомила лікаря. Які особистісні риси медичної сестри тут зображені:**

А) інтелектуальні;

Б) моральні;

В) інтелектуальні, моральні;

Г) естетичні.

**22. Скільки існує основних аспектів при розгляді проблеми етики поведінки медичного працівника:**

А) 4

Б) 2

В) 3

Г) 7

**23. Що з переліченого відноситься до дотримання правил внутрішньої культури поведінки :**

А) відношення до праці, дотримання дисципліни;

Б) бережливе ставлення до державного майна;

В) дружелюбність, відчуття колегіальності;

Г) все вище зазначене.

**24. Що з переліченого відноситься до дотримання правил зовнішньої культури поведінки :**

А) бережливе ставлення до державного майна;

Б) відношення до праці, дотримання дисципліни;

В) уміння поводитися;

Г) зовнішній вигляд.

## **Література:**

1. Медсестринська етика і деонтологія: підручник.- К.: Медицина, 2009.- 200 с.ст. 5- 23
2. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014.– 258 с.
3. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.

### **Лекція № 16**

#### **Тема лекції: Помилки в професійній діяльності медичних працівників та етичне оцінювання їх. Взаємовідносини медичних працівників**

#### **Мета:**

- визначення медичної етики і деонтології, їх ролі у сучасній структурі медичних наук та історичні етапи становлення;
- основних етичних законів в медицині;
- сучасних моделей взаємовідносин між медичною сестрою та

пацієнтом;

- основних положень міжнародних та національних нормативних документів, актів та декларацій, що регламентують права пацієнта та медичного працівника;
- дотримуватись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

### **Загальні компетентності:**

*ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.*

### **Спеціальні компетентності:**

*СК. 5. Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами.*

*СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.*

### **Програмні результати навчання (РН)**

*РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.*

*РН. 7. Застосовувати паліативну компетентність при роботі з пацієнтами, їх оточенням, медичними та соціальними працівниками під час здійснення професійної діяльності.*

### **План лекції**

1. Особливості спілкування медичної сестри й пацієнта. Проблеми в повсякденній діяльності медичної сестри, пов'язані з доглядом за пацієнтом.
2. Профілактика виникнення конфліктних ситуацій і роль медичної сестри в їх вирішенні.
3. Основні складові взаємовідносин медичних працівників в колективі.
4. Етика взаємовідносин медичної сестри в лікувально-профілактичних закладах різного профілю (стаціонар, поліклініка, відділення медсестринського догляду, хоспіс, амбулаторії сімейної медицини тощо). Робота медичної сестри в медико-санітарній бригаді.

### **Зміст лекції**

Перш ніж розібрати поняття лікарський обов'язок, необхідно зрозуміти зміст взагалі обов'язку людини перед суспільством.

Суспільний обов'язок – це категорія, яка не вичерпується мораллю, вона зосереджує в собі й професійний обов'язок у широкому розумінні. Тому лікарський обов'язок – це комплекс потреб та вимог, що регулюють відношення лікар-хворий, лікарів поміж себе, лікарів та суспільства. Його не слід плутати і з деонтологією, яка має більш вузьке значення. Лікарський обов'язок втілює основний принцип лікарської моралі – гуманізму, згідно якого лікар ніколи не повинен відмовляти у лікарській допомозі. Лікарський обов'язок буквально означає зобов'язання у аби якій професійній, або соціальній праці. Лікарський обов'язок – це імперативна сторона моралі, однак вона потребує того, щоб він виконувався як внутрішня потреба, що спонукає лікаря до його виконання. Це особистісна зацікавленість лікаря на основі відносин, що склалися як свідома необхідність.

Виконання лікарського обов'язку пов'язане також із моральним самоусвідомленням особи, з розумінням своєї ролі у суспільстві. В цьому виявляється регулюючий вплив моралі на розуміння лікарем понять добра та лиха, обов'язку, совісті та відповідальності.

“Лікарська таємниця”

У взаєминах лікаря та хворого велике значення належить збереженню лікарської таємниці. Вона включає три аспекти: відомості про хворобу, відомості щодо інтимного та подружнього життя. Заборона розголошування даних, що складають лікарську таємницю може не виконуватися тільки у випадках загрози для суспільства (стосовно розповсюдження особливо небезпечних інфекцій), або при офіційних запитах слідчих та судових установ.

Лікарські помилки

Усі несприятливі наслідки, пов'язані з наслідками від діяльності лікарів, прийнято поділяти на:

1. Лікарські помилки;
2. Нещасні випадки;
3. Професійні злочини та кримінально карні недогляди;

Лікарські помилки – одна з частих причин несприятливих наслідків від дій лікарів. На думку Н. Давидовського основним критерієм лікарської помилки є наслідки, що витікають з певних об'єктивних умов, засновані або на недосконалому сучасному стану медичної науки, або на особливому перебігу захворювання у певної особи, через брак знань і досвіду лікаря, без елементів неохайності, недбалості, професійного неуцтва.

Практичне значення має класифікація лікарських помилок за І. Криловим:

1. Діагностичні лікарські помилки (нерозпізнані, або помилково розпізнані хвороби);
2. Тактичні лікарські помилки;
3. Технічні лікарські помилки (невірно використана медична техніка, діагностичні засоби);

Необхідно доповнити цю класифікацію деонтологічними помилками, що можуть бути причиною не тільки конфліктів поміж лікарем та хворим і його рідними, але й у випадках лікарських помилок вищенаведеної класифікації.

Психологічні типи лікарів

В.А. Ташликов у 1984 році розробив наступні психологічні типи лікарів, знання яких допомагає розуміти наслідки впливу особистості лікаря на діагностичний та лікувальний процес:

1 Співчутливий і недирективний. Це люди добрі, схильні до співчуття, викликаючи у хворого почуття довіри. Вони зазвичай мають більш вдалий спектр відносин з хворими що мають істероїдні риси характеру.

2 Співчутливий та директивний. Цей тип лікаря має бажання проникнути у внутрішній світогляд людини, але діяти по відношенню до хворого буде директивно, примушуючи хворого виконувати свою волю. Ці лікарі мають кращі відносини з хворими, у яких виражені тривожні риси характеру.

3 Емоційно-нейтральні та директивні. Їм притаманні твердість та впевненість, вміння внести ясність у справу, по відношенню до хворих це чуйна, уважна та стримана людина. Такий тип лікаря більш імпонує хворим з неврастенічними рисами, в яких є потреба збереження самоволодіння.

Поняття про “професійну деформацію”

Різноманітність лікарської діяльності ставить гостро проблему її впливу на психічне життя лікаря, як професіонала. Тому вперше у США всередині 60-х років було введено поняття "професійної деформації". Вона поступово формується поряд з процесом адаптації людини в умовах її некерованого впливу на інших. Лікар має такий вплив, бо саме від нього залежить фізичне та духовне здоров'я хворого, і навіть його життя. Виникненню “професійної деформації” сприяє поступове зниження емоційного співчуття хворому, втрата емпатії. Тому дуже важливо, щоб лікар зберігав у своїй повсякденній праці норми деонтології та лікарської етики. Яскравим прикладом професійної деформації є сприймання пацієнта, як носія симптому чи синдрому, коли хворий виглядає з боку лікаря як “цікавий випадок”. Подібне явище відноситься до багатьох лікарських спеціальностей, наприклад: терапія, наркологія, психіатрія, гастроентерологія, в яких є велика доля імовірності “ярликовості” у позначенні різноманітних станів фізичного стану хворого. Такі висловлювання сприймаються пацієнтами буквально, і мають психотравмуючі наслідки. Особливо несприятливий вплив подібних позначень виникає там, де справа стосується психічних станів людини, коли у значення звичайних ознак акцентуації характеру додаються психіатричні риси опису, наприклад: сум та смуток означають як субдепресію, гнів – дисфорією, захопленість – параноєю, продуктивну творчість – маніакальністю, нерішучість – амбівалентністю, скромність та сором'язливість - аутизмом, або шизоїдністю. Ці явища найчастіше супроводжуються професійною некомпетентністю лікаря у вигляді помилкового розуміння феномену, та відповідною гіпердіагностикою.

Лікар має справу з двома реальностями - духовною (фантоми-моделі того, як потрібно робити) та живою реальністю (побутом людей). Якщо поступово

лікар приймає такий фантом за справжню істину, то його сприймання інших та свідомість стають статичними, він починає переживати почуття незадоволення відносно себе та своєї професії.

“Синдром вигоряння”

Синдром «професійного вигоряння» у медичних працівників вперше був введений американським психологом Фрейденбергом (1974). «Вигоряння» при цьому не означає буквально втрату сил, воно означає протистояння свого емоційного “Я” виснаженню від переживань, внаслідок чого поступово й формується синдром. Преморбідно цей стан більш притаманний фахівцям з великим творчим потенціалом, гуманістично орієнтованих на іншу людину та надзвичайно люблячих свою справу.

Maslache, Jackson S.E. (1986) виділили наступні ознаки «синдрому вигоряння»

1.Зміни в поведінці медичного працівника (небажання працювати, спілкуватися з хворими, втрата навичок відновлення здоров'я за рахунок розваг;

2.Зміни почуттів. Втрата почуття гумору, або навпаки, поява “чорного гумору”, наявність переживань невдачі та провини;

3.Зміни в мисленні. Поява думок про необхідність залишити роботу;

4.Зміни у стані здоров'я. Інверсія ритму сон-неспання, загальне зниження імунітету, виснажливості;

“Синдром вигоряння”, як процес, має декілька типів протікання:

1.Деперсоналізація, або втрата індивідуальності. Лікар у такий період намагається уникнути емоційних контактів;

2.Недооцінка особистісного вкладу у спільну справу;

3.Ізоляція. Добровільна ізоляція від колег та виконування обов'язків;

4.Зростання фізичної виснажливості. Суб'єктивно людина відчуває неможливість продовжувати повноцінно працювати;

Дослідженнями Olkinuoto M (1990) встановлено наявність різного рівня «синдрому вигоряння» у медичних працівників, залежно від специфіки хворобливого стану пацієнтів. Так високий рівень наявності синдрому відмічається у маючих справу з хронічними хворими, або перспективно невиліковуваними (наприклад онкологічні, пульмонологічні, психіатричні хворі).

Більш низький рівень мають особи, які працюють з відносно “перспективними”, в плані одужання пацієнтами, (акушерство, гінекологія, офтальмологія). Лікарі-спеціалісти з терапії та стоматології мають середній рівень ризику виникнення “синдрому вигоряння” відносно таких професій, як психіатри, хірурги, анестезіологи та реаніматологи, в яких відмічається найбільший ризик.

При виникненні "синдрому вигоряння" в особи спрацьовують механізми психологічного захисту, частіше у вигляді “уникнення”, при якому виникає поведінка, що зводить нанівець власні емоційні переживання відносно різних страждань пацієнтів шляхом дистанціювання від пацієнта.

Іншим механізмом психологічного захисту є раціоналізація, мета якої у зменшенні та ліквідуванні тривоги збереження самооцінки. Має місце й

такий вид захисту, як витіснення, суть якого полягає у неприйнятті власних помилок та необхідності професійно реагувати на проблеми хворого. Інколи у медичних працівників виникає залежна поведінка з вживанням алкоголю, або інших психоативних речовин, як намагання пережити конфлікти, знизити тривогу, почуття провини, стан фрустрації.

ВОЗ (1998) рекомендує наступні шляхи попередження "синдрому вигорання" у медичних працівників:

1. Зменшення особливо високих вимог до осіб, що надають поміч іншим;
2. Рівномірний розподіл навантаження поміж співробітниками;
3. Навчання співробітників раціональному розподілу часу та технікам релаксації;
4. Модифікація видів робіт, що викликають досить високий стрес;
5. Заохочування працівників до формування "груп підтримки";
6. Забезпечення можливості працювати на частину робочої ставки;
7. Заохочування працівників до участі у прийнятті рішень, що мають вплив на умови праці;

#### Основи спілкування з колегами

Більш 25 століть у європейській культурі формувалися, змінювалися різні моральні принципи і правила, що супроводжували багатовікове існування медицини. Різні моральні регулятори, що функціонували на різних етапах розвитку суспільства, - релігійні, культурні, етнічні, соціально-економічні - впливали на формування етичних моделей і в медицині. З огляду на все різноманіття лікарського морального досвіду, можна виділити 4 співіснуючі моделі:

1. Модель Гіппократа (принцип "не нашкодь");
2. Модель Парацельса (принцип "роби добро");
3. Деонтологічна модель (принцип "дотримання обов'язку");
4. Біоетика (принцип "поваги прав і достоїнства особистості");

Сучасна медична психологія у всіх своїх розділах спирається на загальномедичні етичні принципи. Разом з тим, медичний психолог у своїй діяльності зіштовхується зі специфічними етичними питаннями.

По-перше, це питання про необхідність інформування досліджуваного про цілі і зміст психологічного обстеження перед його проведенням. Медичний психолог зобов'язаний дотримуватись конфіденційності під час обговорення результатів дослідження, отримати згоду пацієнта при доцільності ознайомлення з його результатами інших фахівців, крім лікуючого лікаря, виявляти коректність при проведенні дослідження, або у випадку відмовлення від останнього.

По-друге, необхідно дотримуватись правила «границь». З огляду на специфіку міжособистісної взаємодії між медичним психологом і пацієнтом, необхідно чітко визначати професійні границі спілкування при психологічному консультуванні і під час психотерапевтичних зустрічей, тому що «перетинання» границі може привести до деструкції лікувального процесу і завдати шкоди пацієнту. Діапазон порушення границь професійної

взаємодії дуже широкий, містить поради, рекомендації і питання, що виходять за рамки терапевтичного контакту. Наприклад, під час прийому, у пацієнта погіршився стан, і йому була надана необхідна медична допомога. Переживаючи з приводу того, що сталося, психолог дзвонить увечері йому додому, щоб довідатися про здоров'я. Хворий вважав це порушенням «границь» і зазіханням на його автономію. Однак, при певних обставинах «порушення границь» може носити й конструктивний характер, тому тут важливе урахування контексту взаємодії. Так, хвора, ввійшовши в кабінет медичного психолога і повідомивши про загибель свого сина, отримує від останнього співчуття своєму горю. Нездатність у таких ситуаціях виявити емпатичне співчутливе відношення скоріше відштовхне пацієнта і зірве міжособистісну взаємодію. «Порушення границь» виникає і тоді, коли пацієнта намагаються використовувати в особистих цілях.

По-третє, складним етичним питанням може бути формування емоційної прихильності пацієнта до медичного психолога, що є однією з характеристик професійної міжособистісної взаємодії. Ця форма прихильності часто є основою стримування афективних порушень, що супроводжують захворювання. Однак прихильність, перетворюючись в залежність, викликає негативні реакції в пацієнта, що ведуть до деструктивних форм поведінки. Тому медичний психолог повинен ретельно контролювати взаємодію з пацієнтом, усвідомлюючи свої професійні дії, щоб емоційна підтримка не перешкождала забезпеченню пацієнта власними засобами для самостійної боротьби з труднощами та реалізацію своїх життєвих цілей.

Відносини у лікарському колективі характеризуються своєрідністю загальних моральних норм. Вони особливо проявляються у колективах лікарів різного фаху, формуються поряд з розумінням лікарського обов'язку та етики не тільки під час роботи у медичних закладах, але й у період студентства. Взаємовідносини поміж лікарями та дотримання субординації слід розглядати як одне з найважливіших вимог щодо умов ефективної роботи, які дозволяють зберегти здоров'я та душевну рівновагу усіх членів колективу.

Розбіг у віці, компетенції та посаді може будувати складну ієрархію відносин колег, підлеглих та керівників, лікарів та середнього та молодшого медперсоналу (однак умови партнерства поміж керівником та його колективом, лікарем та медичною сестрою, здатність до взаємної емпатії - є вкрай необхідними. Їх відсутність веде до негативних наслідків. При цьому емпатію треба розуміти не тільки як спосіб розуміння емоційного стану оточуючих, але й спроможність коректувати виявлені негативні впливи.

У колективі повинні зростати умови до самоактуалізації кожного медичного працівника, які приводять до задоволення від контактів поміж членами колективу, сприяє особистісному росту кожного індивіда.

Медичні працівники, які відносяться неповажно один до одного, втрачають у першу чергу і довіру пацієнтів, бо вони бачать у цьому можливий тип майбутніх відносин з ціми лікарями. По-друге, ці протиріччя знижують престиж медицини в цілому. По-третє, знижується загальна ефективність

роботи завдяки протистоянню та відсутності підтримки. Вконець це приводить до стресу усіх працівників, додатково виснажує їх, сприяє виникненню “синдрому вигорання” та психосоматичних хвороб. Неповажне відношення до іншої думки під час консиліумів може приводити також й до лікарських помилок. Тому для найбільш ефективної роботи важливо, щоб потреби кожного члену колективу було виконано. Важливо, щоб було зруйновано недоброзичливе відношення мікроколективу (відділення, лабораторії і т.ін.) як конкурентне по відношенню до інших підрозділів. Організація періодичних зустрічей, сумісних обговорень проблем, взаємонавчання – дозволяє зменшити це протистояння. Не повинно бути у колективі взаємовідносин по типу “маг та його учень”, бо ідеалізація відносин не дозволяє бачити та усувати навіть звичайні недоліки. Щоб цього не траплялось, з самого початку формування колективу, треба будувати відносини на основі взаємної поваги, підтримувати сторонній погляд на спірні питання. Не треба ігнорувати і випадки взаємної антипатії у деяких співробітників, які хоча й не досягають ступеня конфлікту, але не сприяють продуктивній праці. Кращий засіб уникнути цього напівсвідомого протистояння - це розділити таких співробітників, бо відомо, що на відстані почуття антипатії зменшується. Тому атмосфера спілкування поміж членами колективу повинна бути проникнута деонтологічними принципами, етикою медпрацівника.

Взагалі існує декілька способів спілкування у колективі:

1. Міжособистісне;
2. Індивідуально-групове;
3. Колективно-індивідуальне;

Спілкування – це процес встановлення і розвитку контактів поміж людьми, викликаний потребами сумісної діяльності, та включає у себе обмін інформацією, розробку єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння інших.

Комунікація – розумовий аспект соціальної взаємодії, обмін інформацією (у тому числі) поміж індивідами.

Інтерація – взаємодія поміж спілкуючимися, взаємовплив один на одного.

Спілкування міжособистісне – сприйняття, розуміння та оцінка однією людиною - іншої.

Роль – поняття значущої поведінки людини у певній ситуації, що співвідноситься з певним положенням (наприклад медичний працівник може знаходитись у ролі лікаря, або медичної сестри).

Великий вплив на індивіда має саме група, під якою розуміють невелике об'єднання людей, що займаються загальною справою. Тому залежність психології та поведінки особистості від соціального середовища має прояви саме у стосунках всередині групи.

Група – ланка системи суспільних відношень, відображених у специфіці безпосередніх міжособистісних контактів, розвиток яких, опосередкований фактором суспільної діяльності, веде до обрання групою різноманітних

соціально-психологічних характеристик. (Р.Л. Кричевский, З.М. Дубовская, 1991).

Від звичайного скопичення людей групу відокремлює (Taylor H.F., 1970):

1. Досить тривала продовженість існування;
2. Наявність загальної цілі, або цілей;
3. Взаємодія членів групи;
4. Наявність хоча б рудиментарної групової структури;
5. Розуміння входячих до групи індивідів, як поняття “ми”, або членства у групі).

Ознаки групи, як системи соціальних і психологічних взаємодій, обумовлені її структурою та динамічними характеристиками. Структура групи пов'язана із статусом входячих до неї індивідів.

Статус (від лат. status – положення, стан) суб'єкту у групі, його права та обов'язки (у тому числі і медичного працівника), обумовлений системою міжособистісних взаємодій. Найвищий статус у групі має її лідер та керівник.

Лідер групи має наступні ознаки:

1. За ним визначається право прийняття рішень у значимих для групи ситуаціях;
2. Грає ведучу роль в організації сумісної діяльності та взаємовідносин;
3. Зазвичай висувається стихійно;
4. Сам не має офіційних прав і обов'язків у групі;
5. Йому не надано офіційних санкцій впливу на підлеглих;
6. У сфері своєї діяльності він відокремлений внутрішньогруповими відношеннями;
7. Не несе офіційної відповідальності за стан справ у групі;

Висування у лідерську позицію обумовлено ефективністю вкладу члена групи у рішення спеціальних задач групи (у тому числі і медичних), це так звана інструментальна активність (Bales R.F., Slater P.F. 1955).

Основу лідерського впливу можуть обумовити і емоційні, або професійні характеристики. Завдяки лідерству упорядковується система неформальних відносин у групі.

У якості фактора організації офіційної структури групи виступає безпосередньо керівник.

Керівник (у тому числі у медичному закладі) має відміни від інших членів колективу, а саме:

1. Призначається офіційно;
2. Має офіційні повноваження;
3. Має санкції впливу на підлеглих;
4. Вирішує офіційні питання групи зовні;
5. Несе офіційну відповідальність за стан справ у групі;

До основних функцій керівника належать:

1. Організація підлеглих та контроль за ними;
2. Прийняття рішень;
3. Офіційне представництво;
4. Виховні функції;

## 5. Експертно-консультативні функції;

Керівник може виступати у групі в ролі як лідера, так і авторитета одночасно, або окремо. Авторитетом у групі може бути як офіційна особа (авторитет посадовця), так і неофіційна (реальна особа), яка користується повагою оточуючих за особистісні якості. Тому сама по собі посада не може забезпечувати авторитет, його потрібно завойовувати та постійно підтверджувати.

Невід'ємною частиною міжособистісних відносин є періодичне виникнення більш-менш значущих конфліктних ситуацій. Найбільш прийнятні стратегії поведінки в конфліктній ситуації були розроблені К.У. Томасом і Р.Х. Кілменом. Згідно їх поглядом, стиль поведінки в конфліктній ситуації обумовлений мірою, якою людина прагне задовольнити власні, або чужі інтереси, діючи при цьому активно чи пасивно, індивідуально, чи сумісно.

Виділяють п'ять типів поведінки під час конфлікту:

1. Пристосування. Людина при цьому має намір збереження добрих стосунків з іншими, відмовляється від власних претензій;

2. Компроміс. Людина має намір у конфлікті досягти компромісу шляхом взаємних поступок;

3. Ігнорування. Особа не має наміру витратити сили і час на проблемну ситуацію, яку вважає неважливою для себе;

4. Конкуренція. Такий тип поведінки притаманний людині з сильною волею, маючи авторитет, або владу. Треба мати на увазі, що даний тип реагування неможливо використовувати у близьких стосунках, бо це може привести до відчуждіння;

5. Співробітництво. Може бути використований у випадках, коли людина вимушена брати до уваги недоліки та бажання іншої сторони.

### **Питання для самоконтролю**

1. Яка може бути відповідальність медичного працівника за помилки у професійній діяльності?

2. Про яку відповідальність ідеться в ст. 131 Кримінального кодексу України?

3. Про яку відповідальність ідеться в ст. 132 Кримінального кодексу України?

4. Про яку відповідальність ідеться в ст. 145 Кримінального кодексу України?

5. Які професійні порушення мед.працівника належать до тихнічних? Наведіть приклади.

6. Які професійні порушення мед.працівника належать до тактовних? Наведіть приклади.

7. Які професійні порушення мед.працівника належать до діагностичних? Наведіть приклади.

## **Самостійна робота:**

### **Психологічні варіанти взаємовідносин медичної сестри і пацієнта. Психологічний захист медичної сестри як засіб профілактики емоційного “згорання”.**

#### **Задачі**

№ 1 Медична сестра в присутності хворої повідомила лікаря , про те , що стан хворої погіршився після введення даного мед.препарату. Після почутого хвора категорично відмовилася від наступних призначень.

Як повинна була вчинити медсестра?

№2 Хворий К. 47 р. перебуває на лікуванні у стаціонарі з інфарктом. При повторній кардіограмі медсестра помітила погіршення процесу. Хворий попросив повідомити йому результат.

Як має вчинити медсестра?

№3 Медсестра маніпуляційного кабінету на прохання учасника бойових дій прийняти його поза чергою в зв'язку з поганим самопочуттям почала упікати його в нетерплячості а також сказала що не може його прийняти раніше бо кабінет не готовий. Хворий звернувся зі скаргою до головного лікаря.

Чи правомірна скарга хворого?

№ 4 У хворої С. перший аналіз крові показав позитивну реакцію Васермана. Лікар, сумніваючись у правильності аналізу назначив повторну здачу крові на RW. Під час взяття крові хвора запитала медсестру чому повторно беруть аналіз? Медсестра повідомила, що перший аналіз показав позитивний результат. У хворої почалося занепокоєння, яке переросло в психоз. Пізніше виявилось , що 1 результат був не вірний.

Як повинна була відповісти медична сестра на запитання пацієнтки?

№ 5 Хвора Т. 35 р. перебуває на лікуванні в стаціонарі 7 днів, стан не покращується. Для уточнення діагнозу хвора звернулася до медсестри з проханням ознайомити з історією хвороби.

Як повинна вчинити медсестра?

№ 6 Медична сестра реанімаційного відділення за призначенням лікаря взяла в пацієнта, який був без свідомості кров на ВІЛ, аналіз був позитивний.

Чи порушені права пацієнта, якщо так. Хто їх порушив?

№ 7 Чергова медична сестра розмовляючи по телефону, повідомила, що їх спільна знайома знаходиться в лікарні з підтвердженим діагнозом СНІД, з метою захистити свою знайому і її сімю, так як пацієнтка вхожа в їх родину.

Чи правомірні дії медичної сестри?

Література:

1. Медсестринська етика і деонтологія: підручник.- К.: Медицина, 2009.- 200 с. ст. 50-61
2. Етичний кодекс медичної сестри України // - 2004 № 5 с.
3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014.– 258 с.
4. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.
5. Кримінальний кодекс України- <https://zakon.rada.gov.ua/>
6. Кодекс про адміністративні правопорушення <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>

**Інформаційні ресурси:**

5. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

### Лекція № 17

**Тема лекції: Етичні та деонтологічні проблеми сучасної медичної науки. Сучасні уявлення про хворобу та проблеми медсестринської етики й деонтології**

**Мета:**

- дотримуватись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

### **Загальні компетентності:**

*ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.*

*ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.*

### **Спеціальні компетентності:**

*СК. 11. Здатність до застосування сукупностей втручань та дій для забезпечення пацієнту гідного ставлення, конфіденційності, захисту його прав, фізичних, психологічних та духовних потреб на засадах транскультурального медсестринства, толерантної та неосудної поведінки.*

*СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.*

### **Результати навчання:**

*РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.*

### **План лекції**

1. Уявлення про хворобу.
2. Взаємовідносини медпрацівника з хворими.
3. Типи медичних сестер за І.Харді.
4. Особливості психоемоційного стану пацієнтів, які вперше захворіли, і у випадку хронічного захворювання. Реакції пацієнтів, що формуються під час хвороби.
5. Значення етико-деонтологічних принципів поведінки медичної сестри для якісного здійснення медсестринського процесу.

### **Зміст лекції**

Найважливіша особливість медичної професії — гуманізм. Він впливає із самої суті цієї професії та глибокої поваги до людей. Стати хорошим медичним працівником без поваги до хворої людини, без відданості своїй професії неможливо.

Праця медичних сестер як специфічне суспільне явище має свої особливості. Передусім вона передбачає взаємодію людей. У професійній діяльності медичної сестри предмет — людина, знаряддя — людина, продукт — також людина.

Одна з найнеобхідніших рис медичної сестри — уміння ставити себе на місце пацієнта, розуміти й відчувати те, що його турбує.

Доктор Іштван Харді в своїй книзі "Лікар, сестра, хворий" пише: "Багато хто дивиться на психологічні явища, як на музейну рідкість, як на абстрактний продукт духовного життя". Іноді посилаються на надмірну зайнятість: "На це в нас бракує часу", "Сестрі ніколи займатися подібними речами" тощо. Але ж на психологічні чинники потрібно зважати, особливо в медичній практиці.

Небагато медичних працівників можуть розказати про те, як до них ставляться пацієнти й колеги. Чимало медичних сестер можуть правильно оцінити свої фахові знання, вміння й навички, але деякі мають неадекватну оцінку власної особистості й не можуть чітко визначити свій психологічний стиль роботи з пацієнтом, тому будь-якому медичному працівникові потрібно мати відомості про фаховий тип поведінки.

Одним з найперших симптомів багатьох захворювань є біль. Третина населення індустріальних країн страждає від різного болю, значна частина цих людей відчуває біль, що триває не лише впродовж декількох днів, місяців, а й років. Що ж таке біль? Якщо людина відмічає, що в неї щось болить, то перш за все вона має на увазі біль, викликаний органічними фізичними причинами. Але якщо людина говорить "болить душа", то тут ми вже маємо справу з психічним явищем, причиною якого є відчуття якогось незадоволення, відчуття, що їй чогось не вистачає. "Біль сердечний", викликаний образою, "роздираючий душу біль" при будь-якій катастрофі — усе це явища психічного характеру. Біль — явище багатогранне й складне і його вивчення проводиться в різних аспектах, на основі досягнень фізіології, біохімії, психології та психіатрії. При виникненні болю підхід до людини має бути цілісним, необхідно вивчати його у всіх фізичних і душевних проявах, не відриваючи від соціальної дійсності.

Гострий біль супроводжується так званою захисною реакцією: прискоренням пульсу, підвищенням АТ, розширенням зіниць, пітливістю, підвищеною руховою активністю тощо. Цікаво, що подібні вегетативні симптоми можуть виникати і при переживаннях страху й тривоги. Переживання болю часто супроводжується таким відчуттям. Але страх і тривога самі можуть викликати біль особливо там, де людина його чекає (наприклад, перед втручанням стоматолога). Згідно з думкою окремих дослідників, знеболювальна дія гіпнозу і плацебо полягає перш за все у виключенні чинника страху.

Біль відіграє важливу роль у людських стосунках. Відомий зв'язок болю з гріхом, злочином і покаранням. Людина нерідко сприймає біль саме як покарання, причому таким шляхом сподівається спокутувати провину, а тому терпляче переносить його.

Біль — надзвичайно важливе явище, з яким доводиться щоденно зустрічатись у медичній практиці. Він може мати як позитивне, так і негативне значення. В позитивному плані його розглядають як важливий і діючий сигнал небезпеки для організму. Тому, наприклад, хірурги не купують біль при так званому гострому животі доти, доки обстеження

пацієнта не буде закінчено, оскільки в результаті знеболювання характер симптомів змінюється і діагностика ускладнюється.

Біль викликає низку функціональних змін, особливо через вегетативну нервову систему. Об'єктивно медичні працівники оцінюють інтенсивність болю за появою таких змін, як розширення зіниць, збліднення обличчя, холодний піт, тахікардія, підвищення АТ. Як правило, тяжче хворі переносять напади гострого болю спастичного характеру (колька), при якому навіть дуже стримані особи гучно стогнуть.

Деякі види болю супроводжуються гострим відчуттям тривоги та страху смерті, наприклад при стенокардії, грудній жабі, інфаркті міокарда. Раптовий біль невідомої етіології викликає сильнішу психологічну реакцію, ніж повторний біль, причина якого відома. Медична сестра повинна терміново повідомити лікаря в разі виникнення в пацієнта гострого болю. Використовувати знеболювальні препарати, будь-які фізіотерапевтичні процедури без призначення лікаря заборонено. Із гуманних міркувань лікар зобов'язаний купувати біль, якщо це не завадить сигнальному значенню болю.

Під час післяопераційного періоду, при травмах використовують ефективні анальгетики, але тоді, коли це справді необхідно, аби уникнути звикання. У деяких випадках з дозволу лікаря можна спробувати заспокоїти біль пацієнту сугестивно: словом або іншим впливом, наприклад погладженням рукою болючої ділянки або протиранням антисептичним засобом зі словами "ми спробуємо зробити цю ділянку нечутливою", або з іншими словами подібного змісту. Форма навіювання має бути впевненою, а її зміст — таким, щоб мати можливість відступу від методики. Якщо немає протипоказань ("гострий живіт", кровотеча, травма тощо), доцільно використовувати тепло, яке може зменшити біль. У деяких випадках допомагають дихальні вправи, релаксація, рухова терапія, плавання в теплій воді. Такі дії не лише сприяють перестроюванню, зміні настрою, а й надають сміливості пацієнтам, що не наважуються рухатись через страх перед болем. Важливим методом послаблення болю є відволікання уваги пацієнта під час виконання ін'єкцій та інших процедур.

Однак найважливішим є вміння розрізнити наявність болю в пацієнта, про що свідчать: вираз обличчя, постава, вегетативні симптоми (пітливість, гіперемія тощо). Характер болю пацієнт виражає словами: "стріляючий", "пульсуючий", "нестерпний" та ін.

Часто увагою, турботою, розвіюванням страху легше вгамувати біль, ніж знеболювальними засобами. Під час дрібних хірургічних втручань пацієнту буває спокійніше, коли поряд з ним стоїть медична сестра, яка відволікає його увагу та заспокоює. Використовуючи знеболювальний препарат, необхідно паралельно проводити й психологічну підготовку пацієнта. Наркозалежні важко переносять будь-який біль, однак вони охоче використовують скарги на "нестерпні" страждання, аби отримати необхідні їм знеболювальні. Якщо виникає підозра на токсикоманію в пацієнта, потрібно направити всі зусилля на розпізнавання цієї патології. Ретельні

спостереження лікаря та медичної сестри обов'язково призведуть до бажаного результату.

Відчуття страху й тривоги і пов'язані з цим поведінка та діяльність медичного персоналу є одними з центральних проблем психологічної роботи з пацієнтами. У нормі страх слугує для уникнення небезпеки і є захисною реакцією організму. Наприклад, побачивши автомобіль, що несеться на шаленій швидкості, людина кидається в бік. Однак часто можна спостерігати випадки, коли відчуття страху за своєю силою не відповідає небезпеці, що його викликала, або взагалі виникає за відсутності реальної небезпеки і, як правило, супроводжується вегетативними симптомами (потіння, тремтіння та ін.). У таких випадках говорять про хворобливий страх, який мало або майже не пов'язаний з подіями зовнішнього світу. Прикладом таких страхів може слугувати побоювання фізично здорової людини захворіти на рак шлунка або отримати крововилив у мозок у зв'язку з тим, що від подібного захворювання померла рідна по крові людина.

Важливість вивчення страху, що виник у зв'язку з будь-яким захворюванням, зумовлена частим його виникненням. Можна сказати, що майже немає такого захворювання (психічного чи органічного), при якому б не спостерігалось відчуття страху й тривоги. Дуже важливо вивчити шляхи та форми прояву цих переживань, а також можливості боротьби з ними.

Справжня гуманність лікувальної діяльності проявляється якраз у тому, як ми знаходимо психологічний підхід до людини, що охоплена відчуттям страху та тривоги. Найпростішим методом є бесіда з пацієнтом, під час якої він розповідає про свої страхи та побоювання. Як правило, більшість захворювань викликає страх. Форма його прояву залежить від особливостей особистості. Страх може викликати стурбованість, схвильованість, збудження або, навпаки, заціпеніння, загальмованість, "параліч". Страхи, що не пов'язані з реальним об'єктом зовнішнього середовища, можуть супроводжуватись різними реакціями, стимулюючи до руху, "спасіння", викликаючи збудження, стрибки думок, розгубленість і навіть сплутаність свідомості. Протилежним є стан "оніміння", "окам'яніння".

Страхи можуть бути поверхневими та глибокими залежно від причини, що їх викликала. Вони можуть виникати внаслідок нових потрясінь, перенапруження, глибоких емоційних конфліктів, невротичних та інших патологічних процесів. Значні труднощі часто пов'язані з тим, що страхи, які вважаються поверхневими, неглибокими, в результаті простого переконання, роз'яснення проблем не розсіюються, пацієнт знову й знову повертається до своїх переживань (викликаних тією ж або вже зовсім іншою причиною); таким чином виявляється, що уявні поверхневі переживання страху насправді є виразниками, симптомами більш глибоких патологічних процесів. Часто при цьому відмічається внутрішнє напруження (людина "натягнута немов струна"), це також є складовою тривожного стану. Напруження може поширюватися на м'язи, при цьому їх тонус підвищується. Стає нерухливим ("мертвим") обличчя. При глибоких переживаннях страху та тривоги може виникнути необхідність у серйозній психотерапії.

Необхідно звернути увагу на той вплив, який подібні переживання виявляють на стан особистості пацієнта, на його мислення. Часто на практиці, в ході лікувальної діяльності багато хто не розуміє, як нібито розумні люди "можуть так себе поводити", "як можуть говорити подібне", "чому запитують по сто разів про одне й те саме". Справа в тому, що переживання страху можуть мати й загальний гальмівний вплив, звужувати критичне, логічно виразне мислення. У таких випадках хворі втрачають ту широту й багатство мислення, що були притаманні їм раніше. Можуть відмічатись агресивність, вимогливість, часто в доволі грубих формах. Подібний вплив може бути досить серйозним, значно знижувати рівень розумової діяльності, люди починають себе "безглуздо" поводити, важко піддаються вмовлянням, а в найтяжчих випадках можна спостерігати і псевдодеменцію (несправжнє недоумство).

Переживання страху та тривоги впливають і на емоційне життя, викликають пригніченість, депресію. З іншого боку депресивні стани часто супроводжуються відчуттям страху та тривоги.

Пацієнти, що відчувають страх і тривогу, часто вбачають жах там, де його немає, неадекватно реагують на необразливі слова, часто надаючи їм прямо-таки згубного для себе значення. Відчуття страху й тривоги можуть бути епізодичними і безслідно зникати, але можуть стати й початком тривалих невротичних або психічних захворювань. Хворий може захищатись від таких переживань різними формами гіперактивності — від підвищеної розумової діяльності до найрізноманітніших форм зовнішньої діяльності (біганина від одного лікаря до іншого, прийом безлічі лікарських препаратів). Нерідко в таких випадках хворі шукають порятунку в алкоголі, стають наркоманами.

Переживання страху та тривоги можуть завести хворого у світ містики, забобонів. Нерідко можна зустріти пацієнтів, які наділяють лікаря чудодійною силою. Довіра до лікаря переростає в сліпу віру, позбавлену будь-якої критичності.

Пошук опори — інстинктивна здатність людини, притаманна їй ще зі стародавніх часів. Наочним прикладом може слугувати те, з яким відчаєм чіпляється пацієнт за крісло на прийомі в стоматолога. У зв'язку з цим стає по-справжньому зрозумілим те, що лялька або медведик для дітей є живими, вони уособлюють когось з їхнього оточення. Таку саму роль у житті дорослих відіграють талісмани та інші предмети: вони слугують символічною опорою.

На основі численних повідомлень лікарів-практиків можна зробити висновок, що явище страху та тривоги дуже часто спостерігається на практиці і має важливе значення в медичній діяльності. У випадках сильних нав'язливих страхів і тривог, які доводиться спостерігати в пацієнтів інтенсивних блоків, реанімаційних відділень, що знаходяться в небезпечних для життя станах, проявляється й певна інфантильність, що характерна для регресії особистості при тяжких захворюваннях. Такі пацієнти стають безпомічними, беспорядними, немов діти, вони повністю залежать від оточуючих.

У сліпій вірі в безмежну силу кого-небудь з оточуючих хворі нібито приростають до цих людей. Часто такі хворі понад усе бояться самотності; деякі, навпаки, бояться полишити свою оселю. Такі пацієнти часто свою віру переносять на лікаря або на медичну сестру, наділяючи їх магичною силою. Така сліпа віра може допомогти перенести страждання, підвищити ефективність лікування. З іншого боку, інфантильна залежність, безпорадність пацієнта нерідко є обтяжливими для лікаря та медичної сестри. Безпорадний пацієнт, як потопаючий за соломинку, чіпляється за будь-яку можливість контакту з лікарем чи медичною сестрою: він постійно кличе їх, без кінця мучить найрізноманітнішими питаннями, висловлює якісь побажання, що, на його думку, є невідкладними. У зв'язку з цим з'являється віра пацієнта в одужання, віра на краще майбутнє — ось що слугує опорою для пацієнта.

Якщо нав'язливі страх і тривога стають нестерпними, пацієнт може їх просто викреслити зі свідомості, начисто заперечуючи їх. Це свідчить про важливу захисну реакцію, яка проявляється у формі заперечення факту захворювання.

Однією з найсильніших форм прояву переживань страху є так званий панічний страх, паніка, яка супроводжується звуженням свідомості, дезорієнтацією, руховим неспокоєм ("вихор рухів").

Переживання страху можуть мати й соматичні симптоми прояву. Це занепокоєний вираз обличчя, тривожний, блукаючий погляд. Мова може стати нерозбірливою, нескладною, неспокійною, хворий говорить дуже швидко (торохтить). Однак більш значними є супутні вегетативні симптоми: підвищена пітливість (перш за все долонь, пахвинних ділянок, стоп, лоба), розширення зіниць, тремор рук, а іноді й всього тіла, частий пульс, об'єм якого збільшується. Хворий блідий, судини шкіри звужуються, кровонаповнення серця, легень і м'язів збільшується. Печінка транспортує в кров більшу кількість цукру, який є необхідним для м'язової діяльності.

Підвищується і м'язовий тонус (часто це проявляється напруженням м'язів), іноді відбувається спазм сечового міхура та кишок, чим пояснюється раптова дефекація або сечовиділення. Більш тривалі переживання страху можуть викликати зміни в діяльності всього організму в цілому: серцебиття, приступи тахікардії, може виникнути відчуття стискання в грудній клітці, ядуха, біль в животі, спазми кишок, метеоризм, діарея, розлади сечовипускання, посмикування м'язів, тремор.

Відчуття страху та тривоги можна класифікувати залежно від їх тривалості на гострі та хронічні. Гострі відчуття страху виникають унаслідок надмірних перенавантажень організму, наприклад тяжких захворювань. Із хронічною формою страху можна зустрітись у випадку тривалих, глибоко вкорінених у свідомість хворого невротичних змін, які настали перш за все внаслідок пережитих потрясінь.

Важливою формою є переживання страху, що виник на підґрунті докорів сумління. Особливо часто трапляється у невротиків і зумовлений невідповідністю інстинктів і більш високих моральних запитів. Звідси

виникає відчуття провини, з якими так часто доводиться стикатись при багатьох органічних захворюваннях, психічних перенавантаженнях.

Стан немотивованого страху та тривоги можуть викликати гормональні препарати (тироксин, кортикостероїди та ін.).

Безпричинні переживання страху та неспокою можуть бути рисами характеру. Люди з таким характером сором'язливі, боягузливі, тихі, це "невдахи" лікарняних палат: їм завжди дістаються погані ліжка, під ними ламаються стільці, вони часто проливають їжу тощо. Такі хворі нерідко припиняють лікування з невідомої лікареві причини. Своєю скрупульозністю, безкінечною стурбованістю й питаннями вони привертають до себе увагу сусідів по палаті, обслуговуючого медичного персоналу. Такі пацієнти можуть стати недовірливими, нездатними до належного контакту з медичним персоналом. Зазвичай вони скаржаться на те, "що ними ніхто не займається", часто не дотримуються лікарняного розпорядку, з ними дуже важко працювати.

Дуже важливо зупинитись на проблемі хворобливої надумливості — іпохондрії, яка часто спостерігається серед пацієнтів у повсякденному житті.

Такі пацієнти без будь-якої на те причини, без будь-яких логічних обґрунтувань (при найменшій підозрі) припускають наявність у них різних хвороб, якими вони вимушені займатись. Пацієнти з іпохондрією відвертаються від оточуючого світу, замикаються в собі, все життя їх зосереджене на "хворобі" серця, шлунка чи інших органів, вони постійно спостерігають за функцією хворого органа. Такі хворі віддають своєму захворюванню все своє життя, увесь свій час: постійно вимірюють АТ, рахують пульс, повторюють відповідні дослідження. Така постійна настороженість у пацієнта може викликати функціональні зміни (зокрема, тахікардію). Хворий із загостреною чутливістю перебільшує ці зміни, вважаючи їх доказом тяжкого захворювання. На всі намагання лікаря переконати його він завжди має готову відповідь: "Від чого тоді в мене болить серце?", "Чому мені ніщо не допомагає?" тощо. Чим страшніше захворювання припускається пацієнтом, тим сильніший його страх.

Може бути й "одноденна іпохондрія" у здорової людини під впливом радіо-, телепередачі, прочитаної відповідної літератури.

Більшість людей реагує на захворювання відчуттям страху та тривоги, які зазвичай відповідають за своєю інтенсивністю серйозності захворювання. Іншими словами, страх, що за своєю силою відповідає небезпеці, є нормальним супутником органічних захворювань. Так, страх у хворих хірургічного профілю є відображенням реальної небезпеки, але з видужуванням і нормалізацією стану він зникає. Реакція може бути сильнішою або слабшою від очікуваної, більше того, вона може бути взагалі відсутня. Якраз за відсутності відповідних психічних емоцій в подальшому частіше виникають ускладнення, що вказує на патологічний характер даного процесу.

Якщо переживання страху є більш або менш постійною рисою невротичної особистості, то реальні переживання страху завжди

проявляються одночасно з небезпекою, що їх викликала. У таких випадках виникає своєрідна "пильність". Хворого цікавить будь-який, навіть і незначний, прояв захворювання, будь-яка інформація. Найменший жест лікаря чи медичної сестри, найменша деталь їх поведінки не проходить поза увагою пацієнта, що перебуває в стані "підвищеної пильності". Причому, подібні переживання зменшуються під впливом будь-якого виду заспокоєння, пов'язаного із захворюванням, при згадуванні про будь-яку сприятливу можливість, при будь-якому доцільному зауваженні. Враховуючи частоту описаних явищ у повсякденній професійній діяльності медичних працівників, одним з найважливіших питань психології є робота з пацієнтами.

Для того щоб поведінка медичних працівників була доцільною, необхідно знати й ті переживання страху, які можуть виникати в медичних сестер. Зазвичай такі медичні сестри виконують свою роботу механічно, формально, діяльність їх невиразна, позбавлена будь-яких суб'єктивних елементів. За цією холодністю та механічністю роботи й приховуються переживання страху, пов'язані з хворими, з різними ситуаціями та проблемами, переживання, від яких не застраховані не лише медичні сестри, а й лікарі. Страх перед інфекцією, боязнь заразитись може завадити розумінню скарг хворого, боязнь опинитись у положенні хворого може викликати холодну, жорстку поведінку, нездатність бути чуйним до пацієнта. У таких випадках діяльність медичної сестри обмежується формальним доглядом за хворим. Першим кроком у лікувальній роботі таких лікарів і медичних сестер має бути лікування власних страхів і побоювань. На жаль, ще доводиться зустрічатись з неправильною поведінкою медичного персоналу по відношенню до хворих, що мають невротичні прояви, іпохондрію. Інколи до таких хворих ставляться з презирством, "адже вони все лише вигадують".

Одним з найблагородніших завдань лікувальної роботи якраз і є розсіювання або хоча б зменшення страху та переживань у хворих. Медична сестра може надати допомогу, лише пізнавши й зрозумівши пацієнта, дізнавшись про приховані страхи, що його мучать; про те, з чим ці страхи пов'язані, про таємні почуття хворого, помітивши вегетативні симптоми прояву, запідозривши їх глибші корені. На основі знання та розуміння й виникає відповідний контакт з пацієнтами, і тоді емоційні прояви, в тому числі й страхи пацієнта, перестають бути таємницею для медичного персоналу.

Хворий сам розповість про них лікарю або медичній сестрі і вже від цього його напруженість зменшиться. Крім вислуховування хворого й тісного контакту з ним велике значення мають і доцільно вживані слова медичного працівника, що володіють значною силою. Необхідно дати можливість пацієнту спонтанно або ж відповідаючи на задані йому навідні питання висловити свій страх. Часто невиразний страх під час вербального спілкування прояснюється, набуває конкретної форми, логічного формулювання, а разом з тим отримує відповідну визначеність і сама

особистість хворого. Завдяки повторним бесідам неприємні відчуття, про які хворий уже не раз говорив, втрачають свою силу. Пацієнтам, стан яких не надто тяжкий, уже достатньо повторення таких бесід.

Практичне значення шукання опори в такому випадку є досить важливим. Пацієнт дуже тісно прив'язується до когось зі своїх близьких або до лікаря чи медичної сестри. Усе це підкреслює необхідність формування тісного контакту з пацієнтами. Адже абсолютно очевидно, що пацієнт може опертися лише на того, з ким має добрі стосунки, кому він довіряє. Тому таке велике значення не лише в фізичному розумінні, а й для психіки пацієнта має те, що його підтримують, не залишають наодинці з бідою.

Пацієнт повинен відчувати (у разі потреби належить допомогти йому це відчутти), що лікар і медична сестра знаходяться поряд з ним. Підбадьорливе слово, зацікавленість до його роду занять, поправлена подушка, принесена чашка чаю, пригощення цукеркою тощо — все це чудові можливості дати пацієнту змогу відчутти турботу про нього. Розуміння та увага допомагають пацієнту, що не впевнений у своїх силах, відчутти підтримку. Різні прояви уваги (здійснення гігієнічного туалету, годування, перестилання постелі тощо) також сприяють цьому.

При більш глибоких співбесідах з пацієнтом можна знайти оптимальний спосіб вираження та пояснення його переживань, що допомагає йому звільнитися від страху. Велике значення щодо розсіювання страху в пацієнта має відповідна психологічна підготовка його до оперативного хірургічного втручання, до будь-якої процедури, а також в інших ситуаціях, що пов'язані із захворюванням, для того щоб пацієнт, мобілізувавши всі сили, зміг відповідно до своїх можливостей співпрацювати з лікарем і медичною сестрою.

Пацієнт часто не розуміє своїх відчуттів, не здатний оцінити свої скарги та симптоми, свої знання про хворобу використовує невідповідно. Тому побоювання, страх і тривога є значними чинниками для самоусвідомлення картини його хвороби.

Негативний вплив страху й тривоги виявляється в декількох напрямках. Оскільки такі емоції дуже часто супроводжуються вираженими вегетативними ознаками, особливо судинного характеру, наслідком їх може бути погіршення існуючого захворювання. Наприклад, відчуття страху може призвести до підвищення АТ при гіпертонічній хворобі й тим самим підвищити небезпеку розвитку ускладнень.

Страх перед обстеженням і перед болючими процедурами заважає пацієнту прийняти рішення й погодитись на їх виконання. Страх також ускладнює хід обстеження: тахікардія, підвищення АТ можуть призвести до помилкового діагнозу, підвищений тонус не дає можливості ввести шлунковий зонд. Часто зумовлена страхом захисна реакція ускладнює втручання (пацієнт утримує лікаря чи медичну сестру руками).

Медична сестра під час своєї професійної діяльності перебуває поряд із пацієнтом, вона повинна помічати й відчувати його переживання, зрозуміти їх, вміти виявити їх причину, підтримувати позитив і використовувати його

для поліпшення стану пацієнта. Свої спостереження медична сестра повинна обов'язково передати лікареві.

Особистість — це передусім жива конкретна людина зі своїми перевагами й недоліками. Кожна особистість має свій неповторний набір психологічних якостей, включаючи характер, темперамент, мотиви поведінки, соціальний досвід; характеризується власною життєвою позицією, тобто відповідним ставленням до матеріальних умов життя, до суспільства, до самої себе; формує індивідуальну активність, яка знаходить свій прояв у задоволенні потреб (фізіологічних, матеріальних, духовних). Потреби, органічно вплетені в одну динамічну структуру психологічної діяльності людини, стають рушійною силою розвитку особистості, визначають мотиви її поведінки.

Дуже важливо визначити мотиви поведінки пацієнта й особливо його ставлення до медицини, що має важливе значення в процесі діагностики та лікування. У випадку негативного ставлення треба вміти переконати пацієнта незаперечними фактами і вселити в нього надію на видужання.

Іноді емоційність пацієнта буває настільки вираженою, що спостерігається псевдоятрогенія, коли пацієнт занурений у власні думки та почуття й не здатен об'єктивно сприймати рекомендації медичної сестри і навіть лікаря.

Тому медичний персонал повинен знати відношення пацієнта до хвороби й підбирати до нього відповідний аргументований підхід.

Деякі автори відзначають, що пацієнти з певними захворюваннями внутрішніх органів виявляють специфічні емоційні реакції. Для раптових розладів діяльності серця характерним є почуття страху, для порушень функцій печінки — стан гнівного роздратування, для розладів функцій шлунка — байдужість або огидність до оточення тощо. Особливо виражена психічна реакція спостерігається в тих випадках, коли в людини через хворобу порушуються працездатність і звичний ритм життя. Тривожне очікування, почуття страху, нудьга, печаль погіршують і ускладнюють клінічну картину захворювання та його перебіг.

Психіка хворої людини легко піддається сторонньому впливу, вона інстинктивно вишукує те, що її підбадьорює, заспокоює. Іноді людина втрачає здатність логічно мислити, неадекватно оцінює дії оточуючих, але таку поведінку не слід розглядати як свідчення порушення психіки, тому що вона зумовлена хворобою.

Спостереження за пацієнтами показують, що між їхньою емоційною реакцією та клінічними проявами хвороби існує відповідний зв'язок. Нерідко можна помітити розвиток такої реакції: невизнання й навіть заперечення хвороби, потім відчуття страху і, як наслідок, формування депресивного синдрому. Депресія може мати замаскований характер і затримувати одужання пацієнта, більше того, може посилювати патологічні зміни в організмі. Лікар і медична сестра повинні бути спостережливими, уміти помічати в людях мало помітні на перший погляд риси поведінки.

Люди різняться між собою за ступенем спостережливості. Одні добре помічають все, що стосується неживих предметів, інші краще бачать особливості внутрішнього світу людини, її переживання. Спостережливі

лікар і медична сестра можуть багато дізнатися про характер, професію, хвороби пацієнта. їм потрібно помічати те, що відбувається в душі пацієнта, його внутрішній стан. Медичні працівники повинні вміти вгадувати думки пацієнта, його настрої.

Одним з чинників, що істотно впливає на психологічний стан пацієнта, є біль, особливо в тих випадках, коли він сприймається як сигнал небезпеки, загрози життю. Часом обтяжливим є не так сам біль, як його очікування, що тримає пацієнта в стані постійної тривоги. Біль спричинює низку функціональних змін, особливо у вегетативній нервовій системі (розширення зіниць, холодний піт, блідість обличчя), за якими можна оцінити інтенсивність болю.

Втамування болю не може обмежуватися лише використанням анальгетиків, враховуючи всю їх значущість для медичної практики. Весь медичний персонал повинен допомогти пацієнтові скоротити тривожне очікування, ослабити страх перед болем, а також сприяти усуненню супутніх невротичних реакцій. Для цього можна використати різноманітні підбадьорювальні, заспокійливі засоби, які відволікають, враховуючи особливості пацієнта та його ставлення до болю.

Важливу роль у психічному стані пацієнта відіграє сам факт перебування його в стаціонарі, особливо якщо воно занадто тривале, що в жодному разі не сприяє успішному одужанню пацієнта. По-перше, обстановка стаціонару з його специфічними умовами багато в чому обмежує пацієнта, позбавляє його домашніх умов, спілкування з близькими. По-друге, контакт з іншими пацієнтами мимоволі чинить несприятливий вплив на емоційний стан: тривале спостереження за тяжкохворими, обговорення їхнього стану здоров'я, можливих ускладнень сприяє підвищенню сугестивності (навіювання) і перенесення їхньої хвороби на себе. Найобтяжливішими стають вечори та ночі, коли пацієнт тяжко переживає відірваність від сім'ї, роботи, звичного способу життя. Для усунення таких психологічних чинників доцільно скоротити до раціональних строків перебування пацієнта в стаціонарі.

Лікар повинен поставитися до пацієнта як до суб'єкта й спонукати весь медичний персонал до того, щоб створити оптимальні умови з урахуванням не лише фізичних особливостей, а й морально-етичних, духовних, і виходячи з цього, вибирати засоби психологічного впливу. При цьому необхідний цілісний, всебічний підхід до особистості пацієнта з урахуванням його думок і почуттів, які завжди пов'язані між собою.

Стосунки в системі "лікар — пацієнт", "медична сестра — пацієнт" завжди мають взаємозалежний характер.

У сучасних умовах непрості стосунки між медичними працівниками та пацієнтами ще більш ускладнились унаслідок того, що значно виріс культурний рівень пацієнтів, і знання психології людей виявилось не менш важливим чинником, ніж професійна підготовка.

На жаль, лікарі та медичні сестри не завжди звертають увагу на особливості психологічного стану своїх пацієнтів. Однак не зважати на такий дуже

важливий чинник, від якого в багатьох випадках залежить процес одужування пацієнта, не можна.

Один з основоположників вітчизняної терапії М.Я. Мудров говорив на лекціях студентам медичного факультету Московського університету з цього приводу: "Знаючи взаємодію душі й тіла, вважаю своїм обов'язком відзначити, що є душевні ліки, які лікують тіло". Такими ліками, наголошував М.Я. Мудров, є "твердість духа, яка перемагає тілесні хвороби". Таке деонтологічне кредо видатного клініциста не втратило своєї актуальності й нині. Здатність прихилити до себе душу пацієнта може лише розумний, мудрий медичний працівник, який уміє поєднувати дані об'єктивного та суб'єктивного обстеження пацієнта.

Існує єдиний світ, в якому ми стикаємося з незбагненими феноменами. Відомий французький письменник А. Моруа писав: "Медицину не можна розрубати на два шматки — лабораторію і клініку, так, як неможливо відділити медицину тіла від медицини душі". Між тілом і душею відбувається постійна взаємодія, і, усвідомлюючи таку єдність людської природи, медичний працівник лікує знесилення духа разом зі спричиненими ним органічними розладами. "Медичний геній бачить людину в цілому", — так писав І.П. Павлов.

У час науково-технічного прогресу непрості стосунки між медичними працівниками і пацієнтами ще більш ускладнилися. Замість принципу "лікар — пацієнт" нині нерідко стверджується принцип "лікар — прилад — пацієнт". А прилад при всій його діагностичній цінності може затулити від лікаря не лише організм, а й особистість з її складним психічним, моральним світом.

На думку В.В. Петровського, надмірна технізація приховує в собі певну небезпеку дегуманізації медичної професії. Процес профілізації, який зараз відбувається в медицині за все більшої технізації, може спричинити недооцінку питань психотерапії, породити в деяких медичних працівників неухважність до етичних проблем медицини. А між тим потреба пацієнта в справжньому людському ставленні до себе ніскільки не зменшилась, а навпаки, навіть зросла.

Справжній медичний працівник відчуває потребу робити людям добро і знаходить у цьому своє особисте щастя. Але трапляються випадки, коли й найгуманніше ставлення медичних працівників зазнає серйозних випробувань, коли вони стикаються з так званими важкими пацієнтами. Серед категорії "важких" пацієнтів зустрічаються занадто вимогливі, необ'єктивні щодо правильності та ефективності лікувального процесу, несправедливі пацієнти, які не помічають зусиль медичного персоналу, направлених на поліпшення їхнього стану. Але звинувачувати таких пацієнтів не можна. Це не їхня провина, а їхня біда. Моральний обов'язок медичних працівників — приділяти таким пацієнтам більше уваги, ніж іншим, терпляче й наполегливо намагатися змінити їхні негативні переконання.

Гіпократ говорив: "Лікар повинен бути за своєю вдачею людиною прекрасною, доброю, щирою. Лікар повинен бути з обличчям, сповненим роздумами, але не суворим. Суворість у спілкуванні заважає доступності лікаря як для пацієнтів, так і для здорових". І далі, перераховуючи найважливіші риси лікаря, Гіпократ відзначає: "Та й небагато в дійсності відмінностей між мудрістю і медициною, і все, що шукається для мудрості, все це є і в медицині, а саме: упереджене ставлення до грошей, совісність, скромність, рішучість, охайність, простота в одязі, повага, мислення, знання всього того, що є корисним і потрібним для життя". Таке визначення значною мірою є прийнятним і для медичних сестер, особливо для тих, які більшу частину свого життя віддають одній з найгуманніших професій — медицині.

Професії лікаря, медичної сестри вимагають високої моральної культури в усіх її проявах, включаючи зовнішній вигляд, манери, уміння спілкуватися. Це ознаки, за якими в пацієнта складається перше враження про медичного працівника. Майже у 80 % випадках думка про людину складається саме на основі першого враження. Безумовно, у процесі спілкування така думка може змінюватися, але значення першого враження не можна недооцінювати. Своїм зовнішнім виглядом лікар, медична сестра не повинні особливо виділятися, вони не повинні бути ні ультрамодними, ні старомодними, тому що такі крайнощі привертають до себе увагу пацієнта і деякою мірою насторожують його. Не сприяють підвищенню авторитету лікаря й медичної сестри і такі шкідливі звички, як паління та зловживання алкогольними напоями.

Медичний працівник викликає довіру пацієнтів, якщо він спокійний, але не гордовитий, якщо вправність, наполегливість і рішучість поєднуються в ньому зі щирістю, співчуттям і делікатністю.

Урівноваженість особистості медичного працівника є одним з гармонійних зовнішніх стимулів, які сприяють видужуванню пацієнтів. Кожен медичний працівник повинен формувати і виховувати свою особистість, а також допомагати своїм колегам в усуненні їхніх недоліків. Із усього сказаного слід визначити, що медичний працівник повинен бути взірцем для оточення, повинен виділятися своєю інтелігентністю, толерантністю, вихованістю.

Запобігання виникнення страху й тривоги сприяє добра атмосфера лікувального закладу, доброзичливі стосунки з пацієнтами, глибоке вивчення особистості пацієнта, його психологічна зрілість і витривалість. Усьому цьому сприяє також і правильна інформація про внутрішній розпорядок, правила й вимоги лікувального закладу.

Таким чином, успіх лікування значно більший, якщо на шляху лікування відсутні психологічні перепони.

**Задачі:**

1. Медична сестра в присутності хворої повідомила лікаря, про те що стан хворої погіршився після введення даного медичного препарату. Хвора категорично відмовилася від наступних призначених ін'єкцій.

2. Хворий Н. 47 років перебуває на лікуванні у стаціонарному відділенні з інфарктом міокарда. При повторній реєстрації електрокардіограми медсестра помітила погіршення процесу. Хворий попросив повідомити йому результати досліджень.

Як повинна поступити медична сестра у даному випадку.

3. У відділення потрапив хворий з підозрою на інфаркт міокарда. Чи може медична сестра повідомити хворого про його діагноз.

### **Самостійна робота:.**

### **Особливості етико-деонтологічної роботи з пацієнтами паліативних відділень і хоспісів.**

### **Особливості спілкування з пацієнтам різного віку. Особливості етико-деонтологічної роботи з пацієнтами геронтологічних відділень**

Питання для самоконтролю:

1. Які можуть виникнути переживання у пацієнтів під час перебування у ЛПЗ?
2. Які особливості психо-емоційного стану пацієнтів, які захворіли вперше?
3. Які особливості психо-емоційного стану пацієнтів з хронічним захворюванням?
4. Які реакції формуються під час хвороби у пацієнта?
5. Яке значення етико-деонтологічних принципів поведінки медичної сестри, для якісного здійснення професійних обов'язків?

Задачі

№1 Медична сестра в присутності хворої повідомила лікаря , про те , що стан хворої погіршився після введення даного мед.препарату. Після почутого хвора категорично відмовилася від наступних призначень.

Як повинна була вчинити медсестра?

№2 Хворий К. 47 р. перебуває на лікуванні у стаціонарі з захворюванням нирок. При проведенні урографії медсестра помітила погіршення його стану. Хворий попросив повідомити йому що сталося.

Як має вчинити медсестра.

№3 Медсестра маніпуляційного кабінету на прохання своєї колеги прийняти її поза чергою в звязку з поганим самопочуттям почала упрікати її в нетерплячості а також сказала що не може її прийняти раніше бо кабінет не готовий. Хвора звернулася зі скаргою до головного лікаря.

Чи правомірна скарга ?

№4 Хворий Н. поступив до інфекційного відділення з запаленням легень. На ренген знімку було затемнення , яке могло свідчить про туберкульоз легень. Лікар назначив пацієнту здати мокроту для дослідження . Медична сестра пояснила хворому, що потрібно зібрати мокроту на дослідження на

туберкульоз. Хворий занепокоївся і в нього підвищився тиск. Результат обстеження був негативний.

Як повинна була відповісти медична сестра на запитання пацієнта?

Література:

1. Медсестринська етика і деонтологія: підручник.- К.: Медицина, 2009.- 200 с.ст. 71- 89
2. Етичний кодекс медичної сестри України // - 2004 № 5 с.
3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014.– 258 с.
4. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.
5. Алексеєнко А.П., Лісовий В.М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Харків, Колегіум. - 2010. – 340 с.

**Інформаційні ресурси:** <http://pidruchniki.com/psihologiya/>

## Лекція № 18

### Тема лекції: Психологічні основи спілкування медичної сестри й пацієнта. Збереження професійної таємниці та інформування пацієнта

#### **Мета:**

- обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами;
- дотримуватись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

#### **Загальні компетентності:**

*ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.*

*ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.*

#### **Спеціальні компетентності:**

*СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.*

*СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.*

#### **Результати навчання:**

*РН. 3. Застосовувати основні положення законодавства в охороні здоров'я.*

*РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.*

*РН. 7. Застосовувати паліативну компетентність при роботі з пацієнтами, їх оточенням, медичними та соціальними працівниками під час здійснення професійної діяльності.*

#### **План лекції**

1. Особливості спілкування медичної сестри й пацієнта.
2. Профілактика виникнення конфліктних ситуацій і роль медичної сестри в їх вирішенні.
3. Психогенні фактори та їхній вплив на пацієнтів.

#### 4. Клінічна класифікація типів пацієнта. Тактика медичної сестри залежно від типу пацієнта.

##### Зміст лекції

Медична сестра, що лише починає виконувати свої професійні обов'язки, як правило, краще відчуває те, як пацієнт сприймає лікарняну чи іншу медичну обстановку, як переносить страх і невпевненість. Цьому сприяє також і мотивація, яка приводить молодих людей до медичної професії. Дуже мало людей обирають медицину з метою досягнення високого положення в суспільстві. Доволі велика кількість тих, хто обирає медицину тому, що мають добрі передумови для навчання без будь-якого визначеного таланту в тій чи іншій сфері. Значна частина мотивує свій вибір медичної професії тим, що самі вони в минулому перенесли серйозне захворювання або спостерігали за іншими тяжкохворими під час перебування в лікарні, чи стикались з недугами в своїх рідних і близьких і тому прийшли до висновку допомагати стражденним.

Особи, що обрали медицину через співчуття — а таких більшість — при зустрічі з медичним середовищем іноді переживають відповідне розчарування. Відношення медичної сестри до пацієнта не може визначатись лише емоціями. Поведінка медичної сестри, коли вона повинна діяти швидко й рішуче, пацієнту може видатись холодною та байдужою. Гуманне відношення медичної сестри до тяжкохворого характеризується розумінням його суб'єктивного стану, чуйною, але небагатослівною участю, уважним ставленням під час виконання маніпуляцій і процедур.

Відомо, що інколи медична сестра вбачає в пацієнтові лише "випадок", не розуміє його переживань, не проявляє по відношенню до нього достатньої делікатності, не шукає психологічний підхід. Якщо медична сестра працює тривалий час, то їй може почати здаватися, що результати її професійної діяльності не такі, як вона очікувала, що в них немає її вирішальної особистої заслуги, що вона не отримує подяк від хворих так часто, як того заслуговує. За такої ситуації було б правильно пояснити собі, що не все залежить лише від медичної сестри, від її індивідуального відношення, її емоцій і бажань, і що для здійснення добрих намірів у роботі необхідна співдружність усього колективу, вміло організована й продумана спільна робота. Якщо ж медична сестра залишиться в стані розчарування, то це врешті-решт призведе до того, що вона припускатиметься тих самих помилок, які відлякували її в інших співробітників, і тим самим потрапить у вадне коло, оскільки більш виражені незадоволення та нервозність по відношенню до хворих і колег наперед викликать у інших антипатію, затруднятимуть і зводитимуть нанівець результати її роботи.

Передумовою виникнення позитивних психологічних відносин і довіри між медичною сестрою й пацієнтами є, безумовно, її кваліфікація, досвід і

майстерність. Результатом розширення й поглиблення відомостей у сучасній медицині стало підвищення значення спеціалізації, створення окремих галузей в медицині, що спеціалізуються на відповідних групах захворювань залежно від локалізації, етіології та способів лікування. Незважаючи на небезпеку звуженого, мозаїчного погляду медичного працівника на хворого, медична психологія й теорія вищої нервової діяльності допомагають компенсувати слабкі сторони спеціалізації завдяки загальному розумінню особистості хворого і зв'язку його організму з оточуючим середовищем. Кваліфікація є ніби інструментом, ефект використання якого залежить від інших сторін особистості медичного працівника.

Для виникнення довіри в пацієнта важливе значення також має перше враження, що виникає під час зустрічі з медичною сестрою і залежить від її міміки, жестикуляції, тону голосу, висловлювань і зовнішнього вигляду. Якщо пацієнт бачить медичну сестру неохайною, то він втрачає віру, вважаючи, що людина, яка не здатна потурбуватися про себе, не зможе потурбуватись і за інших і бути надійною в своїй роботі. Різні відхилення в поведінці та й зовнішньому вигляді пацієнти скоріше схильні вибачити тим медичним працівникам, яких вони вже знають і яким довіряють.

Медичний працівник викликає довіру в пацієнтів у тому випадку, коли він є гармонійною, спокійною та впевненою, але не гордовитою особистістю, і якщо його манера поведінки — швидка, наполеглива й рішуча — супроводжується людяністю та делікатністю. Приймаючи серйозні рішення, медичний працівник повинен уявляти собі наслідки своєї діяльності для здоров'я і життя пацієнта й цим самим посилювати в собі почуття відповідальності.

Особливі вимоги до медичного працівника висуває необхідність бути терплячим і володіти собою. Медична сестра повинна передбачати різні можливості розвитку захворювання й не вважати невдячністю або навіть особистою образою з боку пацієнта, якщо його стан не по-поліпшується. Нелегко поєднувати в роботі медичного працівника старанність і розсудливість із рішучістю, холонокровністю, оптимізмом, критичним відношенням і скромністю.

Трапляються ситуації, коли доречно проявити почуття гумору без тіні іронії та цинізму за принципом: "Сміятися разом з хворим, але ніколи — над хворим". Однак деякі пацієнти не сприймають гумор навіть з добрим наміром і розуміють його як неповагу та приниження їхньої гідності.

Урівноважена особистість медичної сестри є для пацієнта комплексом гармонійних зовнішніх стимулів, який сприяє його одужанню. Медична сестра має виховувати і формувати свою особистість, спостерігаючи за реакцією на свою поведінку безпосередньо (під час розмови з хворим, за його мімікою та жестами) і опосередковано, коли дізнається враження про

свою поведінку від колег. Сама вона також може допомогти своїм колегам виправити їхню поведінку. Відомі факти, коли медичні сестри з неврівноваженими, невпевненими та розсіяними манерами поступово гармонізували свою поведінку як шляхом власних зусиль, так і за допомогою колег. Безумовно, це вимагає відповідних зусиль, відповідного критичного відношення до себе та необхідної міри інтелігентності, яка для медичного працівника є першочерговою.

Молода медична сестра, про яку пацієнти знають, що вона має менший життєвий досвід і меншу професійну майстерність, знаходиться при відшукуванні довіри хворих у відповідно невігідному положенні порівняно зі своїми старшими колегами, але їй допомагає розуміння того, що цей недолік минулий, який можна компенсувати добросовісністю, готовністю будь-якої миті прийти на допомогу пацієнту та скромністю.

Розвитку позитивних взаємовідносин медичної сестри і пацієнта можуть завадити також деякі несприятливі риси темпераменту медичної сестри (прояв надлишкової емоційності, наприклад гніву, або замкнутість зі слабкими реакціями, сповільненість). Взагалі можна сказати, що медична сестра втрачає авторитет і довіру пацієнта у тому випадку, коли в нього складається враження, що медичний працівник є "поганою людиною". Таке враження може виникнути з різних причин. Наприклад, пацієнт чує, як медична сестра говорить про своїх колег, бачить, як вона зневажливо ставиться до своїх підлеглих і підлещується до начальства, помічає, як вона бере у власне користування будь-що з казенного оснащення, помічає в ній прояви пихатості, неприйняття критики, балакучості, злорадства. Такі серйозні особистісні недоліки медичного працівника можуть створити в пацієнта враження, що лікар чи медична сестра з такими якостями не будуть добросовісними і належними, виконуючи свої службові обов'язки.

Деякі передумови для створення позитивних взаємовідносин між медичною сестрою й пацієнтом діють ще до того, як вони вступають у безпосередній контакт. Слід брати до уваги, що пацієнт, як правило, вже має попередню інформацію про ту чи іншу медичну сестру від сусідів по палаті. Має значення також репутація медичного закладу, в який поступає пацієнт.

Згідно з концепцією "трансфера" ("перенесення") З. Фрейда пацієнту деякі елементи поведінки, зовнішнього вигляду чи репутації медичного працівника можуть нагадати когось з його оточення (минулого чи теперішнього) і викликати відповідні емоції, пов'язані з цими особами. Це насамперед близькі родичі, вчителі, друзі, тобто ті, хто має для пацієнта важливе емоційне значення. І не лише при взаємовідносинах медичного працівника й пацієнта, а й при будь-яких контактах між людьми доцільно подумати про те, чому той, кого ми бачимо вперше в своєму житті, викликає в нас доволі чітке почуття симпатії чи антипатії, чому він нагадує когонебудь з нашого минулого. Якщо ми пам'ятатимемо про такий "тягар

минулого", це зможе нам допомогти більш реально розуміти і справлятися із ситуаціями, пов'язаними з відношенням до інших людей.

Належить також згадати про можливість дії "перенесення естетичного стереотипу". Красиві люди частіше викликають симпатію та довіру, некрасиві — антипатію та недовіру. Такий елемент є традиційним в казках у постатях бридкої чаклунки та прекрасного принца. Уявлення про красу асоціюється з хорошими якостями, потворність — зі злом. Незважаючи на те, що таке уявлення необґрунтоване, воно підсвідомо має досить значний вплив: зовнішньо симпатичний пацієнт викликає в лікаря, медичної сестри більше симпатії, навіть якщо в дійсності він потребує меншої допомоги, ніж пацієнт, що викликає своїм зовнішнім виглядом антипатію. І навпаки, медичний працівник, який викликає симпатію в пацієнта, викликає й більшу довіру.

Напруженість, незадоволення та роздратування пацієнта, який змушений довго чекати в приймальній своєї черги, нерідко слугує механізмом генералізації афекту, що може неадекватно проявлятися при зустрічі з медичною сестрою чи лікарем. Вони можуть й гадки не мати про причину виникнення такого афекту та немотивованого ворожого ставлення пацієнта до них, але завжди слід пам'ятати, що занадто довге, іноді необґрунтоване очікування може вивести пацієнта з себе, тому потрібно завчасно планувати свою роботу так, щоб пацієнтам доводилось очікувати якомога менше.

Під час першого контакту з медичною сестрою в пацієнта має скластись враження, що медична сестра хоче йому допомогти. Медична сестра зобов'язана, не дивлячись на свою зайнятість, дотримуватись всіх звичайних норм людських взаємовідносин. Це означає, що вона має особисто представитись пацієнту, якщо незнайома з ним. Така поведінка медичної сестри заспокоює пацієнта, дає йому відчуття безпеки та посилює відчуття власної гідності. Значення першого враження в розвитку взаємовідносин між медичною сестрою й пацієнтом надзвичайно велике.

**Емпатія** — це властивість, яка має важливе значення для формування корисних та ефективних терапевтичних стосунків. Це здатність розуміти потреби пацієнта, здатність розрізняти за поверхневими проявами справжні почуття та інтереси пацієнта. Поняття "емпатія" комплексно розробив Янотка (1974). Емпатію належить відрізнити від симпатії, тобто позитивного емоційного відношення. Емпатія за своєю суттю є емоційно нейтральною, її можна вжити з корисною соціальною метою (допомогти пацієнту), але емпатія може бути й шкідливою, про що свідчать наслідки безвідповідальних реклам тощо.

Практична психологічна проблема виникає в тих випадках, коли медична сестра помічає, що взаємовідносини між нею і пацієнтом розвиваються несприятливо. У такому випадку медичній сестрі не залишається нічого іншого, як поводити себе стримано, терпеливо, не піддаватись на провокації

та намагатись спокоєм і розумінням поступово завоювати довіру пацієнта. Таким чином, негативні прояви пацієнта медична сестра корегує за допомогою власних позитивних проявів, наприклад терплячістю, тактом і толерантністю. І навпаки, на жаль, стереотипна й донині, нерідко стихійна реакція — злобою на злобу, іронією на іронію, безпорадністю на безпорадність, депресією на депресію — погіршує й без того проблематичне відношення пацієнта, при цьому ймовірність конфлікту та недоречностей зростає. Таку поведінку відповідним чином характеризує вираз "підлити масло у вогонь". При цьому як раз така стереотипна реакція виявляється марним гаянням часу, тоді як протилежний підхід, тобто сприймання хворого таким, який він є, економить час медичного працівника, хоча й потребує більшої витримки та глибших знань психології взаємовідносин.

Положення та роль медичної сестри набуває все більшого значення, особливо в стаціонарах медичних закладів. Тут медична сестра проводить з пацієнтом значно більше часу, ніж лікар, тому пацієнт у неї шукає розуміння й підтримки. Якщо лікар у взаємовідносинах із хворим може в переносному розумінні виконувати роль "батька", то медичній сестрі в такому разі належить роль "матері". Саме поняття "сестра-піклувальниця" говорить про переносне значення характеру таких взаємовідносин.

Традиційна підготовка медичної сестри донедавна концентрувалась перш за все на технічному аспекті догляду за пацієнтами. Звичайно, доглядом нехтувати не можна, однак недооцінка значення психологічного підходу до пацієнтів часто призводить до того, що хворі виражають незадоволення, протестують проти "казенної", "казарменної" поведінки деяких медичних сестер, незважаючи на те, що з фізичної точки зору догляд за ними був належним. З іншого боку, у взаємовідносинах між медичною сестрою і хворим іноді виникає небезпека недотримання відповідної дистанції, флірту. Деякі медичні сестри вносять конфліктні елементи у взаємовідносини з пацієнтами своєю неконтрольованою балакучістю. Медична сестра має проявити розуміння труднощів і проблем пацієнта, по можливості допомогти їх вирішити, але не повинна намагатись вирішувати їх лише сама.

Гарді рекомендує використовувати такі методи спілкування медичної сестри з пацієнтом з метою дотримання вищенаведених принципів:

1. Останнє речення хворого повторити у вигляді запитання, наприклад: "Виходить, Ваша дружина Вас образила?"

2. Поставити запитання, яке узагальнює все сказане хворим: "Якщо я не помиляюсь, Ви хочете якомога раніше повернутися додому?"

3. Медична сестра не повинна висловлюватись з приводу нев'яснених проблем пацієнта, не порадившись з лікарем.

4. Задати відволікаюче запитання, наприклад про сімейні проблеми: "А хто турбується про дітей?"

5. Висловити незакінчену фразу: "А якщо Ви зараз повернетесь додому,

то..."

6. Висловитись безпосередньо про проблему: "Це настільки турбує Вас, що Ви не можете більше залишатись у лікарні?"

7. Завести розмову про те, що є найближчим для пацієнта: діти, сім'я, робота, звички.

Професійна адаптація є необхідною для медичного працівника. У лікарів, медичних сестер і допоміжного персоналу, які на початку своєї професійної діяльності дуже бурхливо переживали всі події, що тяжко впливали на їх психіку, наприклад, неймовірні страждання, смерть, кровотечі тощо, поступово розвивається відповідна емоційна опірність.

Потрібно слідкувати, щоб підсвідомо й безконтрольно розвинена професійна деформація не стала одним з чинників ятрогенного враження пацієнтів. Кожний медичний працівник повинен пам'ятати, що від його рішень і дій залежить гідність, здоров'я та життя людей.

Слід завжди пам'ятати, що людина є не лише живим організмом, а й особистістю, тому всі її особливості необхідно враховувати як під час лікування, так і під час запобігання захворюванням. Крім того, виникнення низки хвороб (як психологічної етіології, так і соматичного характеру) та їх лікування залежать безпосередньо від особливостей особистості, а іноді навіть визначаються цими особливостями.

Медичні працівники (лікар, медична сестра, фельдшер, акушерка) повинні знати відношення пацієнта до своєї хвороби, уміти надати відповідну психологічну характеристику пацієнту для того, щоб вибрати оптимальний психологічний підхід до пацієнта й тим самим запобігти виникненню ятрогенії

Відношення пацієнтів до хвороби може бути різним.

*Тривожний пацієнт* — це пацієнт, що постійно хвилюється. Такі пацієнти відрізняються боязкістю, покірністю, невпевненістю в собі. У них легко виникають різноманітні вегетосудинні реакції (непритомність, підвищення АТ) під час проведення діагностичних і лікувальних процедур. З такими пацієнтами дуже важливо проводити відповідну психологічну підготовку перед тією чи іншою процедурою, іноді потрібна допомога медичного психолога.

*Пацієнт, що має безпідставні підозри.* Стиль поведінки таких пацієнтів відрізняється настороженістю та підозрілістю до медичного персоналу й до лікування в цілому. Якщо з'ясовується, що людина так само поводить себе й у повсякденному житті, цілком можливо, що йдеться про так звану психопатію. В такому разі потрібна консультація медичного психолога. У будь-якому випадку перед тим, як починати лікування, необхідно подолати бар'єр недовіри й відчуженості пацієнта.

*Демонстративний пацієнт.* Такий пацієнт намагається справити враження на оточуючих, відчуває постійну потребу у співчутті та увазі. Він

"насолоджується" своїми стражданнями, відчуває "нестерпні муки" й вимагає до себе підвищеної уваги. Демонстративний характер поведінки такого пацієнта, перебільшення своїх скарг можуть викликати негативне ставлення до нього оточуючих. Проте при спілкуванні з таким пацієнтом не варто "викривати" його, краще апелювати до його "геройського та бойового" характеру, аби пацієнт отримав від медсестри необхідну частку визнання.

*Депресивний пацієнт.* Такий пацієнт пригнічений, ізольований від усіх, відмовляється від спілкування з іншими пацієнтами та медичним персоналом, з ним непросто налагодити контакт. Він налаштований вкрай песимістично, тому що втратив віру в успіх лікування та видужання. Такого типу поведінка спостерігається частіше в невиліковних і тяжкохворих. Проте депресивна поведінка може бути зумовлена й іншими причинами. Оптимізм медичного персоналу, віра в одужання пацієнта мають для нього велике значення. Дуже корисною є стимуляція пацієнта (виконання нескладних доручень, залучення його до допомоги іншим пацієнтам). Бажано, щоб у роботі з такими пацієнтами був задіяний медичний психолог.

*Іпохондричний пацієнт.* Такий пацієнт занадто уважний до свого здоров'я, цікавиться результатами всіх лабораторних та інструментальних досліджень, необгрунтовано припускає наявність у себе найрізноманітніших захворювань, читає консультаційну літературу. Іпохондрична реакція не завжди зумовлена хвилюванням за своє здоров'я, вона може бути й невротичного походження. У такому випадку фізичні скарги є симптомом неврозу і не мають органічної основи. Існує також поняття ятрогенної іпохондрії, коли пацієнт перекручено тлумачить сказане персоналом, або сам медичний працівник необережною розмовою з тривожним пацієнтом про тяжкість його захворювання викликав у нього нездорову фіксацію уваги на своїх тілесних відчуттях, посилюючи страх втрати здоров'я або смерті.

Залежно від поведінки розрізняють такі типи пацієнтів : агресивний, упевнений у собі та не впевнений у собі.

#### Типи поведінки пацієнтів.

Ознаки	Агресивний пацієнт	Упевнений у собі пацієнт	Не впевнений в собі (пасивний) пацієнт
Вираз обличчя	Напружений, сердитий, пильний погляд	Спокійний, приємний, впевнений, добрий зоровий контакт	Нервовий, очі опущені вниз
Положення тіла	Руки на стегнах, нервово ходіння. Часто стоїть, коли решта сидить. Намагається домінувати на іншими	Розслаблене положення тіла. Зберігає особистий простір	Зігнутий, положення тіла не зручне. Може прихилитись до чогось або втекти
Тон голосу	Голосний, вимогливий,	Твердий, упевнений	Тихий, слабкий,

	загрозливий, наказовий	у собі, виявляє інтерес до іншої людини	часто тремтить, нерозбірливий
Жести	Різкі, стрімкі, стиснуті кулаки	Відповідають моменту (адекватні)	Нервові і стурбовані
Вербальний компонент (мова)	Звинувачувальний, атакуючий, намагається будь – що принизити	Щирий вияв почуттів, які відтворюють те, що людина відчуває	Прагнення приховати зміст слів, виправдатися, підкорятися іншій людині

## УМОВИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ЕФЕКТИВНОМУ СПІЛКУВАННЮ

### *Відчуття присутності.*

Для створення відчуття присутності під час розмови з пацієнтом слід дотримуватись таких принципів:

— під час розмови з пацієнтом дивитися на нього з доброзичливою усмішкою, поглядом і виразом обличчя показувати свою зацікавленість;

— використовувати відповідну позу, наприклад нахилитися вперед, щоб нічого не пропустити;

— хитати головою на знак згоди, застосовувати повторення, вигуки, уточнення, щоб показати, що вас цікавить те, про що говорить пацієнт.

### *Вміння слухати.*

Для того щоб бути добрим слухачем, необхідно намагатися повністю сконцентрувати увагу на пацієнтові, незважаючи на власні упередження, стурбованість.

Розрізняють чотири процеси, що відбуваються під час сприймання інформації :

- слухач подумки випереджає того, хто говорить, намагаючись здогадатись наперед про спрямування бесіди, про висновки, які можна буде зробити зі сказаного в цей момент;
- слухач подумки зважає аргументи й факти, висловлені пацієнтом, щоб довести або спростувати твердження;
- час від часу слухач критично оцінює попередню частину бесіди;
- упродовж всієї розмови він шукає прихований зміст і значення інформації, не промовленої вголос.

### *Основні принципи вміння слухати:*

- поставтеся до пацієнта з повною повагою, не перебивайте його запитаннями чи коментарями;
- дайте пацієнтові зрозуміти, що вас цікавить те, про що він розповідає.

*Пам'ятайте:*

- складно говорити з людиною, яка читає газету, постукує олівцем, бавиться гумкою чи скрепкою тощо;
- дивіться на пацієнта, який говорить. Це не лише допоможе йому спілкуватися з вами, а й полегшить вам розуміння того, що він каже;
- намагайтеся зрозуміти головну думку розповіді та сконцентруйте основну увагу на ній, а не на деталях;
- зверніть також увагу на те, як пацієнт це говорить;
- намагайтеся сприймати інформацію, незважаючи на ваше ставлення до співрозмовника;
- спробуйте розпізнати, про що людина не хоче говорити;
- намагайтеся керувати своїми емоціями;
- будьте обережними з розкриванням змісту, намагайтеся зважити на факти й бути впевненими в тому, що усвідомлюєте різницю між тим, що говориться;
- виявляйте до пацієнта інтерес, повагу й турботу, прагніть щиро зрозуміти поведінку пацієнта, його переконання та цінності.

### ***Уміння сприймати.***

Ефективне спілкування ґрунтується на повазі до світосприйняття іншої людини. Поведінка, вчинки та спосіб життя пацієнта є безпосереднім наслідком того, як людина сприймає світ і його цінності. Тому розуміння пацієнта включає розуміння його точки зору.

#### **Повідомлення пацієнта має три компоненти:**

- емпіричний — передає те, що пацієнт пережив, відчув;
- пізнавальний — передає те, що пацієнт знає чи вміє;
- ефективний — передає те, що пацієнт відчуває, або під чийм впливом перебуває.

Дозволяючи пацієнтові виявити свої почуття, медична сестра допомагає йому бути більш відкритим та щирим. Аналіз слів, тема бесіди, інтонація, тембр голосу — все це дає ключі до розуміння почуттів, що стоять за тим, про що пацієнт говорить.

***Бажання піклуватися про пацієнта.*** Надавати допомогу пацієнтові — це означає щиро турбуватися та опікуватися пацієнтом, захищати його інтереси, старанно доглядати.

***Прагнення розкриватися самому.*** Встановленню психологічного контакту дуже допомагає звернення до власного досвіду.

***Здатність до співчуття та співпереживання.*** Співпереживання можна порівняти з тим, що ви ставите себе на місце пацієнта, щоб побачити його таким, яким він бачить себе. Воно має вирішальне значення для встановлення довірливих міжособових стосунків, а також важливе значення для збагачення власного досвіду.

**Щирість** є найпершою умовою для виникнення довіри. Щирість означає, що пацієнт чесно ділиться своїми думками, почуттями та досвідом з іншою людиною, правильно розуміє та висловлює свої думки.

**Повага** включає сприйняття пацієнта як гідної людини і є виявом щирої турботи медичної сестри про пацієнта, незважаючи на його недоліки або якісь індивідуальні особливості. Елементами поваги є також інтерес до пацієнта, віра в його спроможність самостійно вирішувати проблеми, здійснювати позитивні вчинки. Одним із засобів виявлення поваги є звертання до пацієнта на ім'я та по батькові, дружній тон.

Питання для самоконтролю:

1. Що спонукає молодих людей оволодівати медичною професією?
2. Що може статися, якщо медична сестра розчарується в своїй професії?
3. Що є передумовою виникнення позитивних психологічних взаємовідносин між мед.сестрою і пацієнтом?
4. На чому ґрунтується перше враження про медичну сестру?
5. Коли медична сестра втрачає авторитет серед пацієнтів?
6. Що таке емпатія?
7. Тривожний пацієнт – це
8. Демонстративний пацієнт – це
9. Егоцентричний пацієнт це –
10. Неврастенічний пацієнт –це
11. Що допомагає медичній сестрі ефективно вербально спілкуватися з пацієнтом?
12. Чого необхідно уникати медичній сестрі при спілкуванні з пацієнтом?
13. Які питання є складними при спілкуванні з пацієнтом?
14. Назвіть аспекти немовного спілкування з пацієнтом?
15. Як спілкуватися з пацієнтом, які мають порушення слуху?
16. Як поводитися з невпевненим пацієнтом?
17. Як припинити неадекватну поведінку пацієнта?
18. Як зробити пацієнта активним учасником подолання своєї хвороби?

Тести

1. Як ще по іншому називають сестру-рутинера
  - а) робот
  - б) спеціаліст
  - в) актриса
  - г) експерт
2. Якого типу медичної сестри взагалі не повинно бути в лікувальних закладах, а наявність їх свідчить про помилки в роботі адміністрації
  - а) сестра-гренадер
  - б) сестра материнського типу

- в) сестра -експерт
- г) нервова сестра.

3.Доповніть речення «Добрий слухач слухає ...»

- а) головою
- б) усім тілом
- в) не слухає
- г) руками.

4.Ємпатичне приєднання- це :

- а) бути щирим
- б) розкриватись самому
- в) здатність до співпереживання
- г) поважати іншу людину.

5.Під час розмови пацієнту слід дати зрозуміти ,що вас...

- а) не цікавить розмова
- б) вам байдуже
- в) цікавить розмова.

6.Рішуча,безкомпромісна,наполеглива,миттєво реагує на найменші порушення дисципліни пацієнтами. Може бути груба і навіть агресивна у разі невисокого рівня виховання. Якщо така медична сестра розумна і освічена, то може стати лідером і бути прикладом для молодих колег. До якого типу медичної сестри належить ця характеристика.

- а) сестра гренадер
- б) сестра експерт
- в) сестра -рутинер
- г) нервоза сестра

7.Якого типу пацієнт з погляду клінічної психології надмірно уважний до свого здоровая

- а) депресивний
- б) іпохондричний
- в) підозрілий
- г) тривожний.

8. Під час проведення інтерв'ю з пацієнтом медична сестра не повинна:

- а) сперечатись
- б) пропонувати діагноз
- в) давати фальшиві обіцянки
- г) все перелічене.

9. З пацієнтом якого типу повинен брати участь медичний психолог у лікуванні.

- а) іпохондричний
- б) підозрілий
- в) демонстративний
- г) депресивний.

Література:

1. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. – К.: Медицина, 2009. С. 90-119
2. Етичний кодекс медичної сестри України // - 2004 № 5 с.
3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014.– 258 с.
4. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.
5. Алексеєнко А.П., Лісовий В.М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Харків, Колегіум. - 2010. – 340 с.

6. <http://pidruchniki.com/psihologiya/>