

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.14](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.14)**З. В. Лашкул, В. В. Чемирисов, В. Л. Курочка***Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»
Запоріжжя, Україна***Z. V. Lashkul, V. V. Chemirisov, V. L. Kurochka***State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Zaporizhzhia, Ukraine*

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ ДОПОМОГИ

Psychological aspects of providing quality medico-social expert assistance

Резюме

Предметом деонтології являються принципи повинного не тільки у відношенні до окремої особи але і у відношенні до суспільства. Об'єктом деонтології у МСЕ в першу чергу являється особа лікаря-експерта, особливості його скерованості, мотиваційні сфери, його цінності, ідеали, а також взаємовідношення лікаря з хворим.

Ключові слова: деонтологія, медико-соціальна експертиза, етика, інвалідність.

Abstract

The subject of deontology is the principles of not only in relation to the individual but also in relation to society. The object of Deontology in medical and social examination is first and foremost the personality of the expert physician, the peculiarities of his/her orientation, motivational spheres, his/her values, ideals, as well as the doctor's relationship with the patient.

Keywords: deontology, medical and social expertise, ethics, disability.

ВСТУП

Будь-яка реформа в охороні здоров'я повинна мати на меті безперервне поліпшення якості медико-соціальної допомоги (ЯМСД) і підвищення її ефективності. Питання якості та ефективності медико-соціальної допомоги (МСД) мають істотне значення для охорони здоров'я населення України.

Нестійка економічна ситуація, екологічна криза призвели до масового погіршення стану здоров'я на всій території України [1].

Протягом останніх років в Україні загострилася проблема захисту прав суб'єктів (лікаря і хворого) в системі охорони здоров'я. Все частіше доводиться стикатися зі скаргами пацієнтів на рівень медичного обслуговування, що вимагає адекватної оцінки ЯМСД.

ЯМСД можна охарактеризувати як порядок її надання відповідно до сучасних досягнень науки, вимогами чинного законодавства та прийнятих морально-етичними нормами, мета якого – досягнення максимального результату з мінімальним ступенем ризику для хворого і оптимальним використанням матеріальних ресурсів.

При оцінці якості будь-яких послуг, в тому числі медичних, розглядаються дві характеристики: а) якість виконання; б) якість відповідності. Перша відображає ступінь задоволення запитів пацієнта. Її не завжди можна забезпечити, тому що вимоги хворого завжди завищені, а можливості лікаря завжди мають обмежену свободу. Друга, – ступінь відповідності прийнятим стандартам, – може і повинна бути забезпечена в більшості випадків. Саме якість відповідності має оцінюватися при проведенні експертизи ЯМСД.

В даний час існує різне розуміння стандартів медико-соціальної допомоги з юридичної та медичної точки зору. З правової позиції стандарт можна охарактеризувати як «нормативно-правовий акт, прийнятий на підставі науково обґрунтованих висновків спеціалізованих установ, який визначає гарантований державою обсяг лікувально-діагностичних і профілактичних технологій, послідовність їх виконання і результати лікування на всіх етапах». В такому розумінні стандарти ЯМСД є обов'язковими на всій території України, а їх недотримання – підставою для юридичної відповідальності.

Внаслідок цього, при розгляді спорів між лікувально-профілактичним закладом і пацієнтом, фактично не існує критеріїв оцінки якості відповідності медико-соціальної допомоги. Якщо рішення таких суперечок буде переведено з медичного на правовий рівень, що неминуче в умовах страхової медицини, довести правомірність дій медичних працівників у тій чи іншій ситуації буде дуже складно.

Також, законодавчими актами України визначено основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, з метою досягнення фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння особам з інвалідністю у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. Відповідно до цих актів – створена система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних професійних заходів спрямованих на надання ЯМСД в усуненні обмежень життєдіяльності хворих для досягнення і підтримки матеріальної незалежності та інтеграції в суспільство.

Від ЯМСД здебільшого залежить зниження показників захворюваності та смертності населення. Вірно організована медико-соціальна експертиза дає виражений, профілактичний ефект.

В Україні набутий великий досвід роботи по медико-соціальній експертизі та профілактиці тимчасової та стійкої втрати працездатності. Однак, в останні роки сталися суттєві зміни в законодавстві про охорону здоров'я, які обумовили нові основи медико-соціальної експертизи.

Не дивлячись на велику значимість ЯМСД в роботі лікаря, увага, яка їй приділяється в медичних інститутах, недостатня. Це призводить до того, що в своїй роботі лікарі допускають значну кількість помилок.

Для правильного вирішення питань медико-соціальної експертизи, поряд з достатнім клінічним досвідом і знаннями медико-соціальної експертизи, лікарю-експерту необхідно знати основи психології й деонтології.

Питання деонтології в практиці медико-соціальної експертизи залишаються дотепер недостатньо розробленими. Тим часом, дефекти в дотриманні деонтологічних вимог істотно впливають на якість медико-експертної роботи, породжують скарги хворих; знижують ефективність профілактичної та реабілітаційної спрямованості медико-експертної роботи.

Роздуми про те, якими повинні бути етика, мораль і людські стосунки в сьогоdnішній Україні, певною мірою знаходять відображення у різних навчальних посібниках, підручниках та спеціальних працях, присвячених цій проблемі [2].

З роками місце і роль моралі і етичного виховання у відносинах між людьми і в суспіль-

стві зростають і ускладнюються. А це потребує постійного етичного удосконалення персоналу на підставі свідомого, добровільного і безкорисливого особистого вибору, постійного обговорення проблем, які виникають у етичних відносинах, постійного уточнення і нагадування сутності етичних правил на відповідь мінливості зовнішнього середовища, його викликів і постійного розвитку медичної науки і практики. Світова громадськість завжди надавала великого значення морально-етичному фактору в медицині. В теперішній час вважається, що ЯМСД повноцінна тоді, коли медичний персонал додержується усіх етичних норм і правил, а не тільки правильно і адекватно використовує лікувально-діагностичну технологію. Видатні представники медичної професії завжди наголошували на гуманній сутності медицини, вимагали милосердя, чесного й самовідданого виконання медиками своїх професійних обов'язків згідно з покликанням і сумлінням [3].

Виходячи з принципів гуманізму та милосердя, Декларацій Всесвітньої медичної асоціації та законодавства України про права громадян на якісну та доступну охорону здоров'я, декларуючи провідну роль лікарів в системі охорони здоров'я, керуючись Клятвою лікаря України, враховуючи особливий характер взаємовідносин лікаря та пацієнта і необхідність доповнення механізмів правового регулювання цих взаємовідносин нормами медичної етики і деонтології, а також моральну відповідальність лікаря перед медичною спільнотою та суспільством за свою професійну діяльність, в Україні на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X-му з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в Євпаторії 27 вересня 2009 року прийнято та підписано Етичний кодекс українського лікаря [4]. Головними фундаментальними цінностями, названими в Кодексі, є життя та здоров'я людини. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодушності та милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості. Дотримання норм і принципів, прописаних у Кодексі, сприятиме налагодженню конструктивного діалогу між лікарем та пацієнтом. Прийняття Кодексу дає можливість зрозуміти, що професія лікаря залишається тим моральним орієнтиром, який сприятиме підвищенню довіри суспільства до лікаря. Якою б актуальною не була сьогодні проблема прискореного розвитку медичної науки і впровадження її досягнень у практику охорони здоров'я, розширення й укріплення матеріальної бази лікувальних закладів, оснащення їх новітньою технікою і апаратурою, і надалі продовжує мати важливе значення питання про моральні якості медичного працівника, його ставлення до свого фахового обов'язку й професійної підготовки [5].

Роздуми про те, якими повинні бути етика, мораль і людські стосунки в сьогоdnшній Україні, певною мірою знаходять відображення у різних навчальних посібниках, підручниках та спеціальних працях, присвячених цій проблемі [2].

Етика – дисципліна, заснована на діяльності філософської думки, тоді як мораль пов'язана з конкретною людською практикою, коли під «моральністю» розуміють сукупність дій, що відповідають встановленим нормам етики. «Золотим стандартом» етики є вимога чинити з іншими так, як тобі хотілося б, щоб інші чинили з тобою. Найголовніший моральний принцип: роби добро та прагни добра й уникай зла. Дотримання природного морального закону та норм, які з ним пов'язані, дає можливість максимально реалізувати потенційні можливості людини та мету життя в усій її повноті [6].

Деонтологія – це галузь пізнання про обов'язок, моральні зобов'язаності та професійної етики спеціаліста. Лікарська та медична деонтологія – це вчення про борг лікаря не тільки перед хворим, але і перед народом. Предметом цього вчення являються принципи повинного не тільки у відношенні до окремої особи, але і у відношенні до суспільства. Ця наука про високий борг медиків і в той же час ця наука про те, яким повинен бути моральний, етичний та інтелектуальний лик медиків.

Об'єктом деонтології у МСЕ в першу чергу являється особа лікаря-експерта, особливості його скерованості, мотиваційні сфери, його цінності, ідеали, а також взаємовідношення лікаря з хворим.

Аналіз письмових звернень громадян за останні 10 років виявив, що 90% скарг хворих пов'язані з їх незгодою з рішенням МСЕК про встановлення або не встановлення групи інвалідності; інші скаржилися на неухважне або грубе ставлення до них лікарів.

Для аналізу використано літературні джерела з етики та деонтології, психології, а також результати досліджень, які проводилися як авторами, так й іншими спеціалістами з цих проблем. Висока моральна та психологічна культура спілкування – запорука життєздатності суспільства і життєтворчості людини [7].

Метою деонтології в області МСЕ є така організація діяльності лікарів-експертів, що дозволяє поліпшити медико-експертну роботу (як у змісті якості, обґрунтованості експертних рішень, так і відносно заходів по соціально-трудої реабілітації хворих). Завдання деонтології в області МСЕ полягають у навчанні лікарів та інших медичних працівників професійному підходу до хворого, створенню оптимального особистісного контакту з ним. В лікувальних установах, де хворий шукає допомоги лікаря, а в лікаря лише одне завдання – якісно лікувати свого пацієнта.

В експертній же ситуації відносини лікаря

і хворого не настільки прості та ясні. З одного боку, хворий все-таки чекає своєрідної допомоги від лікаря-експерта у вигляді визначення групи інвалідності, що спричинить матеріальне вираження, але в той же час він побоюється, що його очікування даремні. З іншого боку, лікар-експерт повинен і готовий об'єктивно оцінити життєдіяльність хворого, сприймати його як хворого, що страждає, але майже завжди, особливо у випадках з неясною симптоматикою, ураховує можливість настановного поведіння хворого, не схильний у цілому оцінювати хворого, бачити в ньому страждаючу особистість, а не просто носія хвороби.

У ряді випадків деякі психологічні моменти лікаря схильні трактувати суб'єктивно, виходячи зі своїх особистісних якостей, установок, позицій, тобто деонтологічні принципи медико-експертної роботи порушуються внаслідок недостатньо чітко-го професійного відношення до хворого.

Лікар не має права свідомо перебільшувати чи занижувати оцінку тяжкості захворювання з метою отримання пацієнтом соціального захисту і матеріальної підтримки, що не відповідають реальному стану його здоров'я [4].

Експертне рішення базується на відповідних додаткових інструктивних документах, дотримувати які лікар-експерт зобов'язаний у всіх випадках без винятку. Однак це не дає права лікареві формалізувати свою роботу до ступеня механічного, бездушного фіксування тих або інших пунктів, параграфів інструкції. Тим часом, квапливе, формальне, знеособлене відношення до інваліда може стати причиною психогенних реакцій, декомпенсації основного захворювання.

До порушень деонтологічних принципів роботи в сфері МСЕ ставляться також схильність лікаря-експерта в деяких випадках бачити елементи установочної поведінки, у скаргах – прояв сутяжного поведіння. Тим часом, психологічно закономірно неусвідомлене прагнення хворого показати свою хворобу у всіх її дрібних проявах, зробити її очевидною для всіх, довести, що він дійсно важко хворий.

Варто вважати непорушним тези, що лікар не має професійного права ображати хворого, засуджувати його. Навіть у випадках явної симуляції професійно правильно буде направити хворого на дообстеження та забезпечити вірогідність його результатів. І вже потім, використовуючи об'єктивні показники стану здоров'я хворого, лікар-експерт має довести необґрунтованість його домагань.

У всіх випадках лікар не може відступати від принципу професійної оцінки стану та поведінки освідчуваного, користуватись вільними життєвими аргументами, порушати права освідчуваного, зневажаючи клінічними, соціальними та психологічними критеріями оцінки їх життєдіяльності.

До деонтологічних помилок відносяться також недостатня професійна оцінка особи освідуваного, його психологічних особливостей.

При проведенні медико-соціальної експертизи лікарям-експертам необхідно враховувати деякі особливості психології хворих направленні їх на МСЕК.

Відволікаючись від типу особистості, у цілому всім хворим властиві деякі загальні риси. Найчастіше це особи, які мають виражені порушення функціонального стану організму. До моменту напрямку на МСЕК значно зменшуються надії хворих не тільки на видужання, але й на істотне поліпшення свого стану, що зменшує активність хворих відносно лікування. Вольовий компонент внутрішньої картини хвороби, як правило, нестабільний, тому що спрямованість і характер механізмів психологічного захисту ще не визначилися й багато в чому залежить від результатів огляду.

Лікар зобов'язаний правильно оцінити наявні у хворого тенденції та сприяти зміцненню і реалізації оптимальних, адекватних механізмів.

Багато хворих в умовах виробництва проявляють себе по стеничному типі реакції, тобто прагнуть зберегти свій соціально-психологічний статус, однак, у родині в них переважають поведінкові реакції по астеничному, пасивному типі. Вони відмовляються виконувати будь-яку домашню роботу, прагнуть піти від сімейних проблем і труднощів, ухиляються від виховання дітей і таке інше.

Зупинимося тепер на психологічних аспектах визнання людини особою з інвалідністю, тому що у медико-соціальній експертизі питання психологічного впливу на особистість, факту встановлення групи інвалідності освітлені недостатньо.

Визначення інвалідності – юридичний акт, в процесі якого здійснюється контакт двох державних систем: охорони здоров'я та соціального забезпечення. Порядок проведення МСЕ в нашій країні регламентований державою. Лікар експерт в своїй роботі повинен користуватися директивними документами та інструктивними установками. В них закріплені права та обов'язки громадян і органів медико-соціальної експертизи (МСЕ), її задачі, структура органів експертизи життєдіяльності та організація їх роботи, порядок проведення МСЕ, взаємодія органів експертизи з іншими державними органами.

Соціально-психологічні проблеми людей з інвалідністю турбують сьогодні все прогресивне людство.

Особі з інвалідністю можуть бути компетентними і некомпетентними щодо свого захворювання. Завдання лікаря – пристосувати пацієнта до умов інвалідності, а не залишити прикованим тільки до свого ліжка або кімнати [8].

Із психологічної точки зору у встановленні групи інвалідності можна виділити як негативну, так і позитивну сторони проблеми. Незважаючи

на те, що негативна сторона інвалідності загальновідома, представляється необхідним конкретизувати деякі положення.

Первинне встановлення групи інвалідності психологічно для хворого пов'язане з тим, що надія на швидке й повне видужання значно зменшується, а іноді й зникає повністю, природно, що в цьому випадку знову підсилюються тривога й занепокоєння за стан здоров'я й своє майбутнє, тому що втрата працездатності по суті означає, що сучасна медицина «розписується» у своєму безсиллі на даному етапі ліквідувати хворобу або її наслідки.

Одночасно з боку лікарів найчастіше слабшає інтерес до хворого; іноді після встановлення групи інвалідності обсяг проведеної терапії та реабілітаційних заходів також істотно зменшується. На жаль, у ряді випадків хворий стає «нецікавим» керівникам підприємства, на якому він колись працював, профспілкової організації, товаришам по роботі, тому що хворий іноді вважається «безперспективною» людиною. У періоди між повторними оглядами лікар також не завжди приділяє достатню увагу лікуванню хворого, особливо якщо він повністю непрацездатний.

Таким чином, визначення групи інвалідності є своєрідним психологічним рубежем не тільки для хворого, але і для лікаря. Тим більше неприпустимо, щоб у МСЕК повторні огляди носили формальний характер.

Факт визнання хворого особою з інвалідністю часто сприяє формуванню психічної декомпенсації та психологічної капітуляції перед хворобою.

Інвалідність, змінюючи роль людини в суспільстві та підкреслюючи факт наявного важкого захворювання, його наслідків або дефекту, часом змушує людини інакше оцінювати своє місце у світі, свою значимість і пропоновані їм суспільству вимоги.

При наявності деяких ситуаційних моментів (професійне захворювання, трудове каліцтво) легко виникає рента поведінка. Установка на працю буває або невизначена, або негативна. Крім особистих характеристик, мають відповідне значення стать та вік хворих. Так, зниження направленості на працю частіше відмічається у жінок та осіб передпенсійного віку. Експертне рішення у таких випадках при врахуванні медичних критеріїв в загальному повинно сприяти редукації цього механізму захисту і заміни його механізмом компенсації. Реалізація реабілітаційних програм у таких хворих не терпить відкладення, але потребує проведення психокорекційної роботи.

Як правило, покарання хворого за пасивність, засудження негативної або невизначеної установки на працю визиває протестну реакцію і повинно розглядатися як порушення принципів деонтології. Лікарю експерту необхідно прояви-

ти настирливість, коректність, тактичність, але обов'язково провести весь необхідний комплекс заходів по соціально-трудоцій реабілітації цієї групи хворих на протязі першого року інвалідності по скільки в подальшому у них закріплюється рентна установка, а можливості реабілітації зменшуються.

Члени експертних комісій повинні широко використовувати метод психотерапії та психопрофілактики під час засідань МСЕК. Необхідно більш розмовляти з хворим, роз'яснювати лікувальні властивості трудотерапії, пробуджувати хворого до трудової діяльності, вияснити причини, завдяки яким хворий ухиляється від працевлаштування.

МСЕК повинна, розібратися у всіх можливих варіантах установки та мотивів поведінки хворого, особливостях його психології, особистості; ретельно співставити суб'єктивні та об'єктивні дані. Для судження про ступінь вираженості функціональних порушень потрібно керуватися параклінічними даними та функціональними навантаженнями; больового синдрому – спостерігати за наявністю другорядних признаков болю (потіння, гру вазомоторів обличчя, підвищення артеріального тиску, серцебиття, гримаса обличчя та інші при проведенні методу провокації).

ОСОБЛИВОСТІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТНИХ КОМІСІЙ

В практичній діяльності лікарів медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) непоодинокі випадки, коди винесене експертне рішення про ступінь зниження життєдіяльності породжує незадоволення та скарги з боку хворих та інвалідів.

Крім того, на ґрунті незгоди з рішеннями МСЕК бувають випадки і відкритих конфліктів між освідчуваними та лікарями МСЕК дезорганізуючих роботу комісій, знижують ефективність діяльності експертів, про яких складається негативне враження. Так, з проаналізованих скарг у третини випадків було вказано на неухажне або недоброзичливе відношення лікарів-експертів.

Можна передбачити, що конфліктні ситуації між лікарями МСЕК та освідчуваними виникають не тільки в зв'язку з незадоволеними чеканнями останніх і відмова в установленні жаданої групи інвалідності, її причини, але і з соціально-психологічних причин. Навчання лікарів-експертів тактиці міжособистої соціальної взаємодії з освідчуваними може служити важливим засобом профілактики конфліктних ситуацій. Практика показує, що у багатьох лікарів-експертів стихійно виробилися різні прийоми поведінки в передконфліктній ситуації. Систематизація цих прийомів, знання законів спілкування, формування тактики міжособистих взаємодій будуть сприяти підвищенню ефективності роботи лікарів МСЕК.

Вміння спілкуватися сприяє встановленню доброго контакту з хворим, здатності слухати та розуміти не тільки слова, але й мотиви його поведінки, направити розмову в потрібне русло. Процес спілкування має свої закони, на основі яких спеціалістами розроблені прийоми, які поліпшують спілкування, дозволяють ліпше зрозуміти співрозмовника.

Особливістю спілкування в процесі освідчення на МСЕК являється його короткочасність. В силу короткочасності процедури обстеження та спілкування особливе значення має перше враження. У медико-соціальній експертизі лікарі МСЕК повинні взяти на себе відповідальність за створення умов та тактики поведінки, котрі формують перше адекватне враження. Це дасть можливість в якійсь мірі минути суб'єктивізм в оцінці особистих якостей освідчуваного, його установок.

В процесі освідчення на МСЕК предметно-ділові конфлікти немінучі – завжди знайдуться люди, які переконані в тому, що їм необґрунтовано відмовили в тому чи в іншому проханні, тим більш, що й самі лікарі нерідко зіштовхуються з протиріччям між об'єктивною ситуацією хворого та невдосконаленням ряду положень інструктивних документів. Справа не в тому, щоб уникнути протиріч, а в умінні вірно вести себе в конфліктній ситуації. Що ж стосується міжособистих конфліктів, то їх можна та потрібно попереджувати.

Вміти розв'язати складну ситуацію, не доводячи її до конфлікту, вміти попередити конфлікти – значить володіти культурою спілкування, ліквідувати перепони на шляху взаємного розуміння, не повторювати минулих помилок спілкування; бути самокритичним, володіти собою; зберігати етику, норми спілкування.

Культура професійного спілкування базується на таких моральних категоріях, як увічливість, тактовність, толерантність, повага, порядність, пунктуальність тощо. Засвоєння цих правил сприяє розвитку почуття такту (уміння говорити і діяти, враховуючи індивідуальні психологічні особливості та настрої інших людей), привчає зберігати власну гідність і поважати інших людей навіть у складних, конфліктних ситуаціях. Володіння культурою спілкування допомагає не скривдити співрозмовника невдалим словом чи дією і разом з тим не принизити власної гідності, уникнути конфліктних ситуацій. Демонструючи сумлінне виконання своїх службових обов'язків, шанобливе ставлення до співробітників, громадян, дотримуючись високої культури спілкування, не допускаючи дій і вчинків, які можуть зашкодити інтересам держави [9].

Оптимально розв'язати конфлікт – це усвідомити його причини та вміло ліквідувати їх, використовуючи для цього всі можливості, зняти психічне напруження, добитися згоди.

Дуже важливі основні причини виникнення

конфліктів. Особистими передумовами до конфліктності можуть служити такі риси, як нетерпимість до недоліків інших, понижена самокритичність, імпульсивність, нестриманість у почуттях, а також схильність до агресивної поведінки, користолюбство, байдужість.

Як показують спостереження, поведінка лікарів МСЕК інколи скерована лише на підкреслення власного авторитету, значимості у вирішенні долі іншої людини. Дійсно, авторитет лікарів-експертів несе в собі соціальну роль, з якою пов'язані чекання оточуючих. Від лікаря, холодючого авторитетом, очікують, що дякуючи великим знанням та високим моральним якостям він може прийняти вірне рішення, може вказати іншим, що і як вони повинні робити.

Спостереження за поведінкою лікарів МСЕК в конфліктній ситуації показало, що лікарю-експерту з великим досвідом роботи вдавалося зняти напругу, заспокоїти хворого. Поведінка цього лікаря в конфлікті характеризувалась непоказним спокоєм, впевненістю в собі, власному досвіді, але без демонстрації надмірної авторитетності та домінування.

Лікарі-експерти знаходяться у важкому положенні: їм нерідко приходиться мати справу з пацієнтами, налагодити контакт з якими досить складно, чиї особливості мало налаштовані до співбесіди, затрудняють її. До таких особливостей відносяться невисокий рівень освіти, дефект розумової діяльності, які обумовлені хворобою, несприятливі риси особистості (емоційно-волева нестійкість, ранимість, образливість, вибуховість, зниження самооцінки та інші), котрі в ситуації експертизи (а вона безумовно являється стресовою для подавляючої більшості хворих) усугубляється. Велике значення має перший контакт лікаря з хворим, який визначає успіх подальшого спілкування. Важливо відразу встановити атмосферу довіри та взаємопорозуміння, так як хворий значно легше сприймає негативне рішення своїх питань, якщо відчують бажання допомогти, об'єктивність лікаря.

При встановленні контакту з хворим певну роль грає загальна атмосфера, закладу, поведінка всіх співробітників комісії, включаючи регістратора. Роль регістратора в формуванні установки хворого, в ситуації експертизи не можна недооцінити: адже він – перша особа, з якою зустрічається хворий, його стиль спілкування у багатому визначає враження від всієї процедури освідчення. Велике значення має навіть інтер'єр приміщення, де хворі та інваліди чекають прийому. Зручне приміщення з достатньою кількістю місць для сидіння, з інформативними стендами про права обстежуваних, про порядок освідчення та оформлення пенсій, про основні принципи визначення групи інвалідності, про можливість перенавчання та інше, допоможе створити атмосферу доброзичливості та уваги

до освідчуваних, полегшує перший контакт.

При першому контакті недопустимо, щоб лікар-експерт зразу дав зрозуміти, що він не вірить хворому, вважає його симулянттом. Це не приведе ні до чого, окрім агресії або недовіру з боку хворого; контакт і подальше спілкування не відбудеться, ситуація легко переросте в конфліктну.

Необхідно, щоб лікар-експерт володів вмінням слухати. Відсутність такого являється основною причиною неефективного спілкування, оскільки це веде до непорозуміння та помилок.

Виключно важливий елемент спілкування – візуальний контакт. Погляд на розмовника виражає не тільки заінтересованість співрозмовника, але й допомагає зосередити увагу на тому, що йому кажуть.

Непотрібно прикидатися, що слухаєте: відсутність інтересу та нудьга зразу спідволі з'явиться у виразі обличчя та жестах; вдавання звичайно сприймається як образа. Непотрібно робити поспішних висновків: оцінки заважають спілкуванню. Не потрібно бути надлишково чутливим до емоційних слів, піддаватися дії відчуттів співбесідника.

Вкрай нераціональним являється така поведінка робітників МСЕК, коли предметно-діловий контакт не вирішується, коли лікарі відходять від прояснення ситуації, обмежуючись лише скупкою вказівкою: «Ви можете оскаржити наше рішення». Хворий не тільки тут же це зробить, але й піде з образою, закріпленим почуттям несправедливості по відношенню до нього. Така поведінка лікарів-експертів якби «гарантує» появлення скарг, яких могло б не бути при правильному спілкуванні.

Добрий засіб завершення конфлікту, коли час лікаря крайнє обмежений (як це буває завжди) – це техніка перефразування та резюмування. Хворий, впевнившись, що його вірно зрозуміли, йде з відчуттям задоволеності і навіть у випадку відмови сприймає його спокійно.

Саме складне в конфліктній ситуації – навчитися відсторонитися від неї, щоб отримати можливість аналізувати свої дії та дії іншої сторони, так як емоції викривляють картину того, що відбувається, не дозволяють приймати вірного рішення.

Найбільш прийнятною формою поведінки в конфліктних ситуаціях і при конфліктній провокації являється терпеливість.

Попередження конфліктних ситуацій залежить від соціально-психологічної культури лікаря-експерта, психологічній підготовленості спеціалістів, які працюють з хворими в умовах, що містять об'єктивні дані до виникнення конфліктів.

Самий ефективний засіб попередження конфліктних ситуацій – це перевести конфлікт в ділову розмову без підкреслювання авторитетності, в ході сумісної роботи підвести самого освідчуваного до вирішення його питання, коли він сам зрозуміє, що його прохання не може бути

задоволено. Це найбільш важка праця та самий продуктивний шлях розв'язання конфліктної ситуації. Він може бути досягнутий не зі всяким хворим, проте результати досягаються стійкі. Щоб це здійснити, необхідно всю розмову вести в спокійному, доброзичливому тоні. Потрібно пам'ятати, що у відкритій конфліктній ситуації у відповідь на крик одного партнера підвищує голос і другий. Між тим, на крик ліпше відповісти шепотом – той, хто кричав змовкне, почне прислуховуватись; тим самим ініціатива розмови перейде в руки лікаря. Крім того, в будь-якому конфлікті обов'язково потрібно просити хворого чітко сформулювати свою претензію, причину невдоволення, основну думку конфлікту. Вже це заставить його роздумувати, підбирати слова, і сприяє зниженню емоційного напруження, вказуючи шлях до обговорення.

В плані рекомендацій, які стосуються дії на конфліктну ситуацію, необхідно враховувати таке: збільшити час обстеження пацієнта; інформувати про його права в ситуації експертизи; давати роз'яснення відносно можливостей досягнення цілей хворого, пояснити йому альтернативні можливості, забезпечити йому право вибору; забезпечити участь хворого у формуванні кінцевого рішення, позбавитись від стилю винесення авторитарного рішення.

Конкретних варіантів такого шляху розв'язання конфліктів багато і готових рецептів тут бути не може.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Можливість використання деонтологічних принципів в роботі експертів залежить від вірності розуміння своїх завдань, ролі морально-етичних основ роботи, з одного боку і розуміння особистості та мотивів освідчуваного, з другого боку.

При всіх труднощах спілкування з інвалідами лікар-експерт не має права на створення обстановки конфронтації з освідчуванним.

В процесі експертизи працездатності необхідно уточнити також особливості особи лікаря-експерта. Кваліфікований експерт дає оцінку не дефекту, а людині – носію цього дефекту, його професійна діяльність завжди супроводжується певною формалізацією (обґрунтування діагнозу, винесення експертного рішення, визначення рекомендацій по працевлаштуванню та відновному лікуванню), що не треба змішувати з формальним відношенням до осіб з інвалідністю.

Лікар-експерт повинен виховувати у себе повагу до законних юридичних актів, які регламентують його дії, повинен почувати себе провідником закону, відчувати свою незалежність від хворого та вищестоячих організацій. Робота лікаря-експерта пов'язана з повагою до документів, бажанням об'єктивізувати всі дані, настороженістю у відношенні установочної поведінки

освідчуваного, його повинна відрізняти особлива колегіальність – вміння уважно вислуховувати колег, знайти раціональне зерно в їх судженнях, використовувати їх, аргументовано відстоювати свою точку зору, прийти до єдиного загального судження, так як експертне рішення виноситься комісією, а не окремими лікарями, його установки направлені не настільки на лікування хворого, скільки на виробіток висновку про життєдіяльність хворого та міри соціально-трудової реабілітації по профілактиці інвалідності. В процесі професійної діяльності у лікаря-експерта формується особливе експертне мислення. Властивість аналізувати кожний факт – клінічний, соціальний та психологічний. Розвивається широта мислення, яка включає клінічні знання, знання гігієни, соціології, інженерних наук, законодавчих актів, а також організаторські навички.

Лікар-експерт повинен вміти створити оптимальний особистий контакт з освідчуванним, проявляти впевненість, рішучість, переконаність та оптимізм при освідчуванні інваліда.

Невиконання правил деонтології призводить до конфліктів з хворими по вині лікарів, а самі вони до кінця робочого дня бувають роздратованими, схильними бачити в хворому не страждаючу людину, а ворога, вимагача. При невиконанні правил деонтології збільшується потік скарг від хворих, а експертна обстановка буває черевата конфліктними ситуаціями в силу неможливості задовольнити претензії хворого.

При психоемоційному втомленні рекомендується ввести в структуру робочого дня мікропаузи, під час яких лікар-експерт може переключити увагу на інший вид діяльності або провести декілька фізичних вправ.

Позитивний контакт буде передопределений, якщо лікар проявить високі особисті якості і буде співпереживати з хворим. Справжнє співпереживання також повинно бути притаманне лікарю-експерту; воно повинне відрізнятися від ілюзорного тим, що в основі його лежить непросте отождошення себе з хворим, а можливість стати на його місце, поділити його почуття, не втративши при цьому відчуття власної індивідуальності, обов'язки по відношенню до держави і зв'язаного з цим психологічної дистанції.

ВИСНОВКИ

Таким чином, вищевикладений матеріал є лише частиною великого кола проблем, якими займається психологія у медико-соціальній експертизі. Однак відношення людини до хвороби та інвалідності, внутрішня картина захворювання, переживання свого страждання в часі й формування компенсаторних механізмів особистості, які формують специфічний мир хворої людини, є досить важливим розділом медико-експертної психології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bochelyuk VY, Turubarova AV. Psychology of the Person with Disabilities (Textbook) Kyiv, 2012.
2. Palekha YI. Ethics of business relations (textbook). Kyiv, 2007.
3. Litvak A. The influence of the state on the education of ethical values of medical personnel. *Teoretychni ta prykladni pytannya derzhavotvorennya*. 2019; 24: 55–66.
4. Code of Ethics of the doctor of Ukraine. *Hazeta zdorovya Ukrainy*. 2009; 19 (224): 30–31.
5. Levenets SS. Medical ethics and deontology: realities and perspectives in the work of a doctor. *Medychna osvita*. 2012; 4: 87–90.
6. Chmut TK, Chayka HL, Lukashevych MP, Osechynska IB. *Business Communication Ethics: Lecture Course*. Kyiv, 2003.
7. Zaporozhan VM, Aryaev ML. *Bioethics and biosafety (textbook)*. Kyiv, 2013.
8. Kovaleva OM, Safargalina-Kornilova NA, Gerasymchuk NM. *Deontology in medicine (textbook)*. Kharkiv, 2014.
9. Dulgerova OM, Crystal TM. Characterization of the moral norms of the professional communication culture of the head of the SSES department of Ukraine. *Visnyk Natsional'noho universytetu oborony Ukrainy*. 2015; 3 (46): 84–88.

Стаття надійшла до редакції 17.02.2020