

Шаніна О. С.,кандидат філологічних наук,
старший викладач кафедри суспільних наук
Одеського національного медичного університету**Сікорська О. О.,**кандидат філологічних наук, доцент,
завідувачка кафедри суспільних наук
Одеського національного медичного університету

КОМУНІКАТИВНІ БАР'ЄРИ У СПІЛКУВАННІ «ЛІКАР-ПАЦІЄНТ»

Анотація. Стаття присвячується аналізу комунікативних бар'єрів у спілкуванні «лікар-пацієнт», а також розкрито поняття, сутність, особливості, характеристику, причини виникнення та шляхи попередження і подолання комунікативних бар'єрів спілкування у професійній діяльності медика. Встановлено, що комунікативні навички лікаря є важливою складовою успішності лікувального процесу. У більшості лікарів виявлено емоційні бар'єри в міжособистісній взаємодії, що негативно впливає на професійну комунікацію. Основними емоційними перешкодами є порушення контролю емоцій, їхня негнучкість та неадекватний прояв. Показано, що профіль комунікативних труднощів лікарів характеризується зниженим контролем над емоційними проявами, негативними невербальними сигналами, посиленними мімічними реакціями та жестикуляцією, суттєвим впливом емоційного тла й відношення до співрозмовника у взаємодії, невмінням емоційно транслювати підтримку.

Метою нашого дослідження є опис комунікативних бар'єрів різного характеру, а також їх попередження та подолання. Бар'єри, наявні при взаємодії лікаря з пацієнтом спричиняють чимало конфліктних ситуацій, які виникають під час таких мікротем як: *призначення лікування, симптоми та діагностика, встановлення діагнозу, здійснення медичних маніпуляцій*. Комунікативними бар'єрами виступає мовленнєва взаємодія комунікантів, у результаті якої учасники відчують негативні емоції завдяки вербальному впливу один на одного, у зв'язку з тим, що іллокутивна домінанта мовної взаємодії характеризується наявністю зіткнення вербально виражених цілей.

Уникнути конфліктів і напружених ситуацій у професійній взаємодії допомагає психолого-педагогічна підготовка медичних працівників, а також і добре продумана організація роботи медичної установи. Щоб лікувально-діагностичний процес відбувався успішно, необхідно поєднання глибоких теоретичних знань і практичного досвіду, які включають як фахові, так і психолого-педагогічні знання. Лікар повинен підвищувати свій професійний рівень упродовж всієї трудової діяльності. Разом із виконанням етичних норм співчуття, гуманності, чесності, толерантності мають стати особливими особистісними рисами характеру, тому що тільки при виконанні всіх деонтологічних принципів можливо досягти фахової діяльності найвищого рівня.

Ключові слова: медична комунікація, медичний дискурс, комунікативні бар'єри, інтеракція, медичний дискурс.

Одне із найважливіших завдань спілкування належить її комунікативній складовій (комунікація – від лат. communication – повідомлення, передача) – це передача інформації від однієї системи, соціальної спільноти, індивіда до інших завдяки слову, спеціальним матеріальним носіям тощо. Завдяки комунікації, мовному спілкуванню, людина формує себе як особистість, опановує і перетворює соціальне та природне середовище, узгоджує вчинки і діяльність з іншими соціальними суб'єктами, формує оточення, виявляє себе іншим, утверджує власне «Я», доводить свою позицію, поведінку, впливає на інших людей, із якими спілкується. Тому комунікативні бар'єри між партнерами зі спілкування перешкоджають реалізації цих найважливіших завдань і зумовлюють відповідний спектр завдань – дослідження їх природи й особливостей вияву.

Основними методологічними і теоретичними засадами дослідження стали: теорія психології спілкування (Г. М. Андреєва, О. О. Леонтьєв), міжособистісного спілкування (О. О. Бодалев, Б. Ф. Ломов), ділового спілкування (Є. О. Ножин, А. Ю. Міхневич); міжособистісної взаємодії (І. О. Зімя, Н. Н. Обозов), мовної комунікації (Н. Б. Голуб, А. Й. Капська); компетентності спілкування (Л. А. Петровська, Ж. Курте, Т. А. ван Дейк); психології діалогу (Г. О. Балл, Л. О. Радзіховський), психології утрудненого спілкування (В. А. Лобунська, К. А. Менджеричка, Е. А. Бреус), комунікативних (Б. Ф. Поршнев), емоційних бар'єрів (Р. Х. Шакуров). Водночас недостатньо досліджені психологічні особливості, класифікація, механізми та засоби подолання комунікативних бар'єрів спілкування у професійній діяльності, зокрема медичній. Тому соціально-психологічна і педагогічна значущість визначеної проблеми та її недостатнє вивчення зумовили мету статті, яка полягає в теоретичному аналізі чинників, природи та класифікації комунікативних бар'єрів спілкування у професійній діяльності медика.

Професія лікаря, за класифікацією О. Клімова, належить до професій типу «людина – людина»; професіоналізм фахівця залежить насамперед від його комунікативних якостей, стилю спілкування, від сили впливу на поведінку інших людей та інтегральної чутливості до об'єкта, процесу й результату професійної діяльності.

Як зазначає О. Пиріг, сьогодні немає іншої професії, яка б вимагала такого інтимно-проникливого контакту, такої духовної й душевної близькості фахівця з людиною, як про-

фесія лікаря, яка передбачає прямий контакт з людиною як особистістю, коли наслідком такого контакту є не реалізація формальної послуги, а духовно-емоційний та пізнавальний зв'язок. Вона не лише потребує високого рівня професійних знань, а й вимагає ще чогось, того, що в деяких випадках навіть перевищує значення професійної підготовки. Це здатність співчувати, глибоке бажання допомогти й полегшити страждання, уміння в кожному пацієнті розпізнати індивідуальність – його емоційний склад, характер, звички, які нерідко не усвідомлює навіть сам хворий [1, с. 7].

Характерною особливістю професійного мовлення лікарів є те, що їхній співрозмовник – пацієнт, часто хвора людина або її близькі. Занепокоєння станом здоров'я, очікування малоприємного повідомлення впливають на емоційний стан пацієнта, роблять його дуже вразливим, загострюють сприйняття. Загальновідомо, що від якості мовленнєвої діяльності лікарів значною мірою залежить успіх лікування.

У наших попередніх дослідженнях ми акцентували увагу на таких комунікативних якостях особистості лікаря, як *гнучкість спілкування, емпатія, рефлексивність* [2, с. 147]. Від рівня їх сформованості залежить характер стосунків, які складаються між лікарем і пацієнтом – довіра чи недовіра, симпатія чи антипатія. Саме тому формування цих якостей майбутніх лікарів є актуальним завданням підготовки фахівців під час вивчення дисциплін соціально-гуманітарного циклу у вищих медичних навчальних закладах.

Варто також зазначити, що спілкування на етапах установлення контакту, збирання інформації, пояснення змісту діагностичних і лікувальних процедур, обговорення тактики лікування стає важливим інструментом сугестивного впливу. Характер спілкування лікаря й пацієнта залежить від різних факторів: стану проблеми, з якою звернувся хворий, можливостей лікування, особистісних властивостей учасників інтеракції, комунікативних бар'єрів. Спілкування, що супроводжується труднощами, характеризується емоційним напруженням і невідповідністю досягнутих результатів поставленій меті.

Комунікативні бар'єри (франц. *barrière* – перешкода) – це перешкоди на шляху адекватної передачі інформації між партнерами зі спілкування [3, с. 202].

На процес спілкування між лікарем та пацієнтом впливає багато чинників, зокрема потреби, очікування, установки реакції, що походять від обох сторін, а головне, наскільки точно один учасник розмови розуміє сенс сказаного іншим.

Отже, доцільно буде розглянути перешкоди у взаємодії «лікар-пацієнт», які ускладнюють установлення і продовження стосунків, як з боку обох учасників інтеракції.

Комунікативні бар'єри можуть створювати специфічні установки, почуття, переконання, особливості сприйняття та мисленнєвих процесів пацієнта. У практиці паліативного догляду часто трапляються такі особливості пацієнтів, які серйозно перешкоджають налагодженню з ними контактів: послаблення функціонування сенсорних систем, зниження мисленнєвої діяльності, інтелектуальні обмеження, психічні розлади та порушення в роботі центральної нервової системи. Ще однією перешкодою є несприятливий досвід стосунків пацієнта, що в подальшому зумовлює явища перенесення та контрперенесення у взаєминах з іншими людьми. Відтак завдання лікаря полягає, за можливості, визначити, які саме існують перешкоди та намагатися створити ефективнішу модель вза-

ємин. Іншими чинниками, що перешкоджають стосункам і залежать від пацієнта, є відсутність мотивації до лікування, недовіра, відсутність навичок спілкування, низький рівень рефлексивності й упереджене ставлення.

Майже кожен лікар має комунікативні бар'єри у спілкуванні з пацієнтами. Причини цього можуть бути різними: труднощі у донесенні інформації, незручність у спілкуванні, наявність інтенсивних емоцій або їхній брак. Серед основних реакцій лікаря, що серйозно перешкоджають налагодженню добрих стосунків з пацієнтом, можна назвати: осудження, яке може проявлятися у формі образ, критичних зауважень, нав'язуванні певних переконань чи очікувань, тиск і схильність приймати рішення за пацієнта, що часто набуває форми наказів, погроз; втечі від проблем хворого, що проявляється у змінах теми розмови, надмірному використанні професійної мови, применшення переживань пацієнта.

У безпосередньому спілкуванні такий комунікативний бар'єр, як осудження може проявлятися в різних формах. Наприклад, у критичних зауваженнях типу: «*Ви дійсно не знаєте, як приймати ці ліки?*», у формі прямих образ: «*Ви багато їсте, тому Вам не стає краще*», «*Реабілітація просувається так повільно, тому що Ви лінуєтесь*», або замаскованих під похвалу: «*У Вас добрий апетит, але якщо б Ви їли більше фруктів і овочів замість жирного м'яса, Ви б мали більше сили*». Через висловлення власних оцінок: «*Ви недобре спланували собі режим дня*». Експертні судження про те, що може, а чого не може виконати пацієнт, які не враховують думок і побажань хворого: «*Прошу Вас устатувати самотужки. Допомога Вам для цього не потрібна*». Велика кількість запитань, які починаються з «*Чому?..*», схильні поставити пацієнта у становище людини, яка має за щось виправдовуватися: «*Чому Ви не натиснули на дзвінок, аби викликати медсестру?*», «*Чому Ви мене знову покликали?*»

Манера лікарів приймати рішення за своїх підопічних є рівнозначною з невизнанням їхнього права на самостійність, браком поваги до їхньої автономії, що особливо суттєво в умовах втрати життєвих позицій. При цьому лікар часто наказує, нав'язуючи власну волю: «*Ви повинні лягати спати о 20:00*». Можуть лунати прямі або завуальовані погрози, що мають на меті налякати пацієнта наслідками його певних рішень чи дій, які не відповідають бажанням лікаря: «*Якщо ви не припините це робити, то...*». Таке ставлення, зрештою, може призвести до того, що пацієнт та його рідні почнуть приховувати інформацію.

Схильність «засипати» пацієнта запитаннями так само може розглядатися як форма психологічного тиску, оскільки така манера ведення діалогу ставить лікаря у привілейоване положення й ускладнює можливість хворого дати на них відповідь. Наприклад: «*У Вас є біль у грудях, постійний кашель і проблеми з увагою?*»

Крім того, часте використання закритих запитань і пропонування готових відповідей так само позбавляють пацієнта можливості вирішувати, яким чином відповідати. Щодо використання закритих запитань варто зазначити, що їх варто задавати для збору конкретної інформації, і вони важливі в певній частині розмови з хворим. Також вони, такі запитання, корисні у спілкуванні з людьми, що мають проблеми з логічним мисленням, чи тими, що перебувають у важкому фізичному стані. Проте їхнє застосування за інших обставин може збіднити кон-

такт, звузити його і знеохотити хворого до поглиблення стосунків. Приклади закритих запитань: «Коли Ви прийняли ліки?», «Коли саме Ви почували себе краще?» Ще одним невдалим варіантом постановки запитання є ті, які містять у собі готову відповідь, таким чином отримана відповідь дуже ймовірно не відповідатиме реальному станові думок чи переживань хворого. Наприклад, «Ці препарати допомагають, правда?», «Настала весна, так що Ви, напевно, почувте себе краще. Так?».

Часто ефективним є вирішення проблем у логічний спосіб. Наприклад, лікар може сказати: «Ви розповідали, що після смерті дружини у Вас є проблеми зі сном. Я випишу Вам ліки, що допоможуть заснути». Однак повністю залишається без відгуку емоційний бік повідомлення, що в подальшому не сприятиме побудові довірливіших стосунків. Інший варіант дистанціювання від пацієнта – використання фахової термінології для позначення проблем хворого. Хоча такі повідомлення і є інформативними, втім, далеко не всі пацієнти вловлюють суть почутого. Слова втіхи типу «Все буде добре», «Завтра ви будете почуватиметесь краще», «Не хвилюйся», «Така доля», «Все якось уладнається» глибоко вкорінені в нашій культурі. І хоча їхня мета – заспокоєння хворого, проте більшість із них применшують чи ігнорують проблеми: часто лікарі говорять ці фрази, щоб закрити розмову на складну тему. Нормалізація, порівняння або оцінка міри стурбованості так само спонукають пацієнта замовчати і більше не продовжувати розмову на теми, що його дійсно турбують: «Напевно, не все так погано, як ви говорите», «Це нормально почувати те, що Ви почуваете. Всі пацієнти це переживають».

При формуванні якості комунікації між лікарем і пацієнтом значну роль відіграють позасловесні прояви, що виражаються через жести, міміку, інтонацію тощо. Невербальна комунікація має надзвичайний вплив на кожного зі співрозмовників і є дуже важливим чинником, який створює весь контекст ситуації. Невідповідність між вербальними та невербальними повідомленнями є суттєвою перешкодою в процесі спілкування з пацієнтом. Досить легко помітити штучність і нещирість у контакті з пацієнтом, якщо лікар зосереджений виключно на вербальній стороні повідомлень. Він може одягнути маску експерта, незацікавленого в емоційному світі підопічного, або особи, що на словах надмірно переймається долею хворого, що йде в розріз з невербальними повідомленнями. Також розбіжність проявляється тоді, коли особа, котра допомагає, ставить багато запитань, таким чином проявляючи інтерес до пацієнта, в той же час на її обличчі не з'являється емоційного відгуку на почуте, її ноги під столом виказують нетерпіння, а погляд крадькома падає на годинник. Погляди, стереотипи та ставлення до хворого виявляються не лише у словах, а й у жестах, манері говорити і тоні. Дисонанс між почутим і побаченим знижує рівень довіри до лікаря. У відповідь останній чути не побачивши відповіді, відчувати нестачу зорового контакту, спостерігати закриті пози тіла чи різкі нервові рухи.

Також, проявом комунікативних бар'єрів у спілкуванні між лікарем і пацієнтом можуть бути ятрогенії «не короткочасна реакція хворого на неправильний, некоректний вислів або дію лікаря, а зафіксований невротичний розлад, який має зазвичай реальні причини в особистості пацієнта і характері стосунків з лікарем» [4, с. 426]. Негативні впливи лікаря на хворого

можуть мати широкий патогенетичний діапазон: від явних ятрогеній (ефект, зумовлений в основному неправильною поведінкою лікаря) до псевдоятрогеній (ефект, зумовлений головним чином неправильним суб'єктивним сприйняттям хворим поведінки лікаря). Лікаря потрібно дотримуватись основних умов, що дають змогу уникати феномена ятрогенії у спілкуванні з хворими. Відсутність порозуміння й взаємної довіри лікаря і хворого – головні причини появи ятрогенії.

Похибка у мові лікаря, особливо під час першої зустрічі з хворим, досить часто є джерелом ятрогенії. У спілкуванні з хворим слід уникати необгрунтованого вживання медичної термінології. Навіть найпоширеніші терміни в уяві пацієнта можуть набувати індивідуального, незвичного, хворобопроковувального змісту. *Стенокардія, гіпертензія, вегетативно-судинна дистонія, астения, серцевий шум* та інші подібні вербальні визначення можуть мати сигнал, небезпечний для життя хворого, і зазвичай уявлення лікаря та хворого про захворювання не тотожні, особливо на початку лікування. І якщо на цьому етапі, виникають сумніви у хворого і лікар ігнорує всі його запитання, не дає простого і дохідливого пояснення щодо діагнозу, схеми лікування й прогнозу, то у пацієнта може розвинути ятрогенія. Так, наприклад, лікар-терапевт сказав хворому, що у нього вегетативно-судинна дистонія. Це інформація може спричинити тривалий тривожний стан, оскільки пацієнт міг чути у поліклініці від інших хворих про людину, яка померла за такого самого діагнозу. Мовна необережність лікаря наклалася на тривожно-задумливий тип психіки (нервової системи) хворого.

Отже, комунікативні бар'єри у спілкуванні між лікарем і пацієнтом різноманітні, зумовлені неоднаковими чинниками. Тому дуже важливо розуміти їх природу, причини і умови виникнення та розв'язання. Найголовніше – усвідомлювати важливість і дотримуватись нормальних людських взаємин у будь-якій взаємодії. Треба зважити, що неможливо отримати позитивний результат без поваги, розуміння і терпіння до особистості партнера зі спілкування та комунікації.

У підсумку, варто особливо наголосити, що профіль комунікативних труднощів лікарів характеризується зниженим контролем над емоційними проявами, негативними невербальними сигналами, посиленними мімічними реакціями та жестикуляцією, суттєвим впливом емоційного тла й відношення до співрозмовника у взаємодії, невмінням емоційно транслювати підтримку.

Література:

1. Пиріг Л. А. Медицина і українське суспільство : зб. мед. публіц. пр. К. : [б. в.], 1998. 472 с.
2. Шаніна О. С. Медичний дискурс : комунікативно-прагматичний і сугестивний аспекти : дис. ... канд. філол. наук: 10.02.01. Одеса, 2015. 265 с.
3. Козирев М. П. Комунікативні бар'єри спілкування та шляхи їх подолання. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія «Психологічна»*. 2014. Вип. 1. С. 201–211.
4. Шаніна О. С. Ятрогенія у мовленнєвій поведінці лікаря: сугестивний вплив. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Лінгвістика»*. Збірник наукових праць. Випуск XII. Херсон : Видавництво ХДУ, 2010. С. 425–428.

Shanina O., Sikorska O. Communicative barriers in doctor-patient communication

Summary. The article is devoted to the analysis of communicative barriers in “doctor-patient” communication, as well as the concept, essence, features, characteristics, causes of occurrence and ways of preventing and overcoming communication barriers in the professional activity of a doctor are revealed. It has been established that the doctor’s communication skills are an important component of the success of the treatment process. Most doctors have emotional barriers in interpersonal interaction, which negatively affects professional communication. The main emotional obstacles are a violation of emotional control, their inflexibility and inadequate expression. It is shown that the profile of communication difficulties of doctors is characterized by reduced control over emotional manifestations, negative non-verbal signals, increased facial reactions and gesticulation, significant influence of the emotional background and attitude to the interlocutor in interaction, inability to emotionally transmit support.

The purpose of our research is to describe communication barriers of various nature, as well as their prevention and overcoming. The barriers that exist during the interaction between the doctor and the patient cause a lot of conflict

situations that arise during such microtopics as: prescribing treatment, symptoms and diagnosis, establishing a diagnosis, performing medical manipulations. Communicative barriers are the speech interaction of communicators, as a result of which participants feel negative emotions due to verbal influence on each other, due to the fact that the illocutionary dominant of speech interaction is characterized by the presence of a clash of verbally expressed goals.

Psychological and pedagogical training of medical workers, as well as a well-thought-out organization of the work of a medical institution, help to avoid conflicts and tense situations in professional interaction. In order for the therapeutic and diagnostic process to be successful, a combination of deep theoretical knowledge and practical experience, which includes both professional and psychological and pedagogical knowledge, is necessary. A doctor must improve his professional level throughout his work. Together with the fulfillment of ethical standards of compassion, humanity, honesty, and tolerance should become special personal character traits, because only by fulfilling all deontological principles is it possible to achieve professional activity of the highest level.

Key words: medical communication, medical discourse, communicative barriers, interaction, medical discourse.